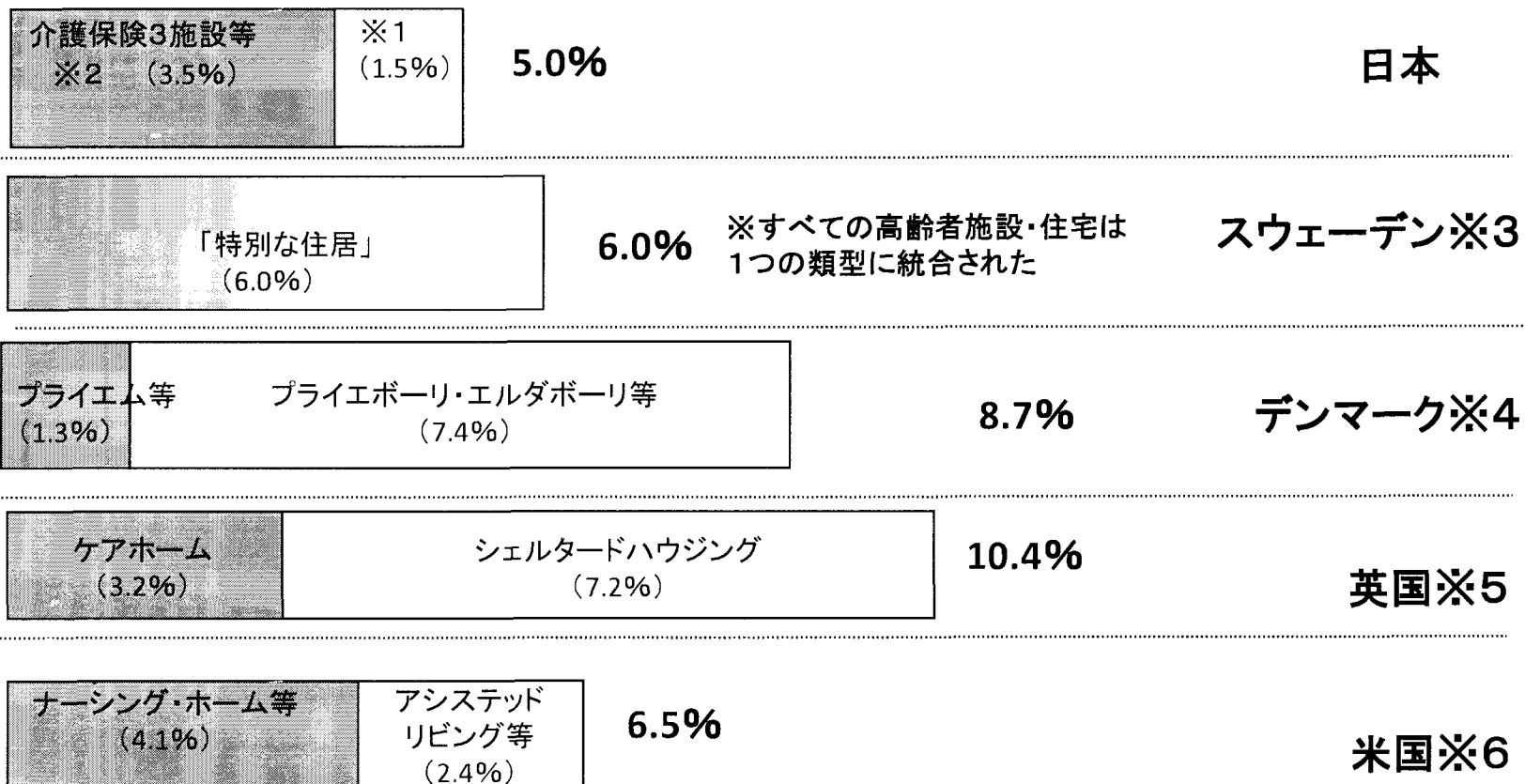


(2) 有料老人ホーム及び生活支援付き
高齢者住宅の在り方

各国の介護施設・高齢者住宅の状況

日本は、各国と比較して、全高齢者における高齢者住宅の整備割合が低い。

全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合(2008)



※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅及び高齢者専用賃貸住宅(ともに国土交通省調べ)、有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム(平成20年社会福祉施設等調査)

※2 介護保険3施設及びグループホーム(平成20年介護サービス・事業所調査)

※3 Statiska Centralbyrån, "Statistisk Årsbok för Sverige 2010"

※4 Danmarks Statistik, "StatBank Denmark"

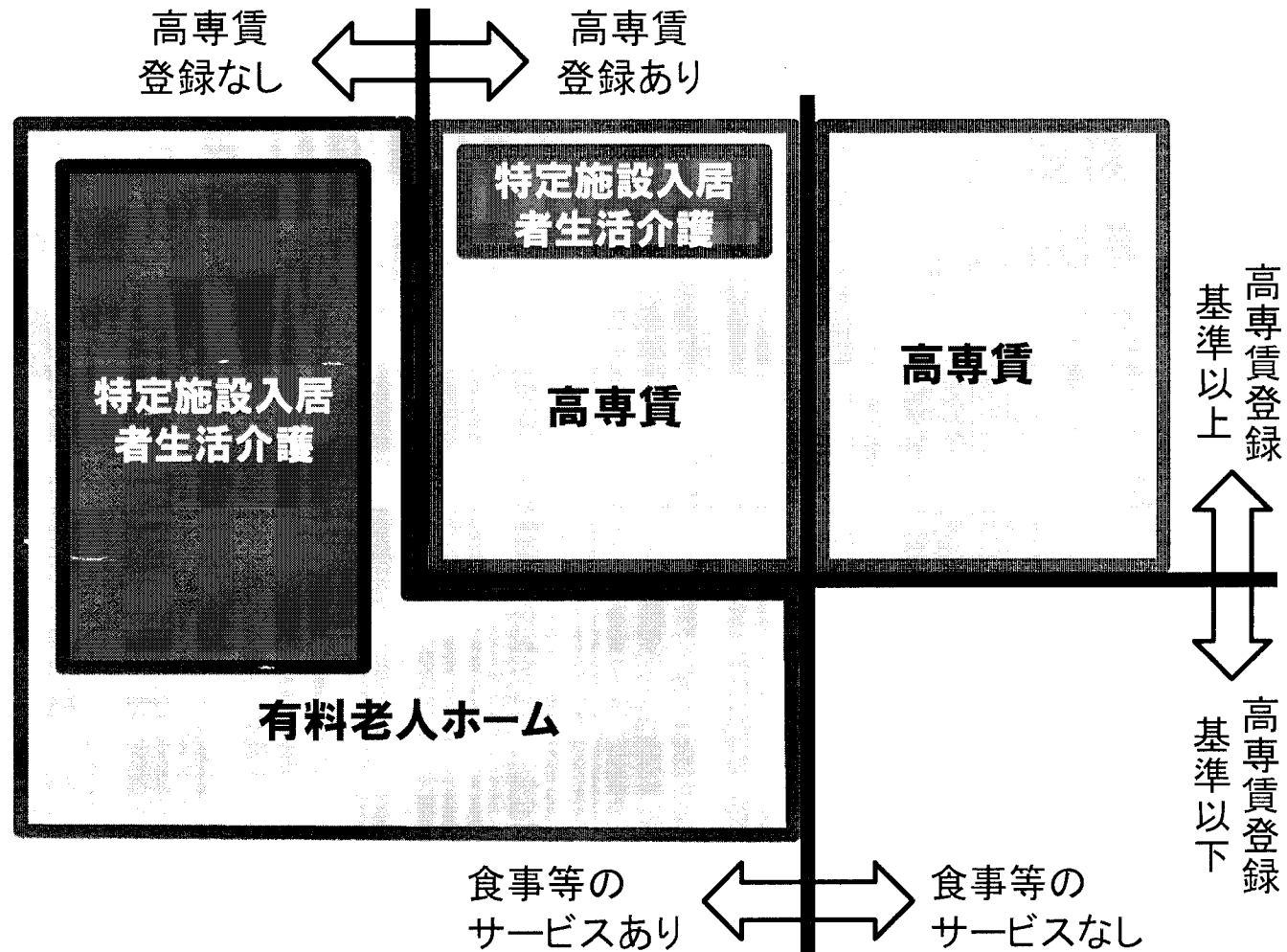
※5 Laing and Buisson, "Care of Elderly People UK Market Survey 2009" 及びAge Concern, "Older people in the United Kingdom February 2010"から推計

※6 Administration on Aging U.S. Department of Health and Human Services, "A Profile of Older Americans: 2009"

有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅の比較

	有料老人ホーム	高齢者専用賃貸住宅
法律	老人福祉法	高齢者居住安定確保法施行規則
定義	高齢者を入居させ、食事の提供、介護の提供、洗濯掃除等の家事、健康管理のうちいずれかのサービスを提供しているもの	一定基準を満たし都道府県知事へ登録されたもののうち、専ら高齢者の単身・夫婦世帯を賃借人とする賃貸住宅について、住宅の戸数・規模や提供されるサービスに関する事項を開示し情報提供を行うもの
設備要件	<p>提供するサービス内容に応じて設置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般居室(個室)又は介護居室(個室で13㎡以上)、 ・一時介護室・医務室(又は健康管理室)・機能訓練室 ・談話室(又は応接室)・食堂・浴室・便所・洗面設備・事務室 ・宿直室・洗濯室・汚物処理室・職員室・健康、生きがい施設 <p>・廊下幅</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1.4m(中廊下1.8m) ※すべての介護居室(1室当たり18㎡以上)で、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合 ・1.8m(中廊下2.7m) ※上記以外の場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・各戸の床面積が原則として25㎡以上であること (居間、食堂、台所等高齢者が共同して利用するため十分な面積を有する場合にあたっては18㎡以上) ・原則として各戸に台所、便所、収納設備、洗面設備、浴室を備えていること (共用部分に共同して利用するため適切な台所、収納設備又は浴室を備えた場合は、各戸が水洗便所と洗面設備を備えていれば可) <p>※ 高齢者居住安定確保計画で別に定める場合にあつては、当該高齢者居住安定確保計画で定める基準とすることができる。</p>
人員基準	<p>入居者の数及び提供するサービスの内容に応じて適宜配置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員・看護職員・機能訓練指導員・栄養士・生活相談員 ・施設長 事務員・調理員 	なし
一時金、前払家賃等	一時金の算定根拠の明示及び保全措置の義務化 (500万円か返還債務残高のいずれか低い方の金額)	前払家賃等の算定根拠の明示及び保全措置の義務化 (500万円か返還債務残高のいずれか低い方の金額)
契約形態	<ul style="list-style-type: none"> ・利用権方式 ・賃貸借方式 	賃貸借方式
行政監督	都道府県知事(福祉部局)への届出 報告徴収、立入検査、改善命令	都道府県知事(住宅部局)への登録 報告徴収、指示、登録の取消
所管省庁	厚生労働省	国土交通省
定員(戸)数	208,827人(H21.7)	29,766戸(H21.3)

有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅の関係



高齢者の居住の安定確保に関する法律の一部を改正する法律

平成21年法律第38号

高齢者の居住の安定の確保を一層推進するため、基本方針の拡充、都道府県による高齢者の居住の安定の確保に関する計画の策定、高齢者生活支援施設と一体となった高齢者向け優良賃貸住宅の供給の促進等の措置を講ずる。

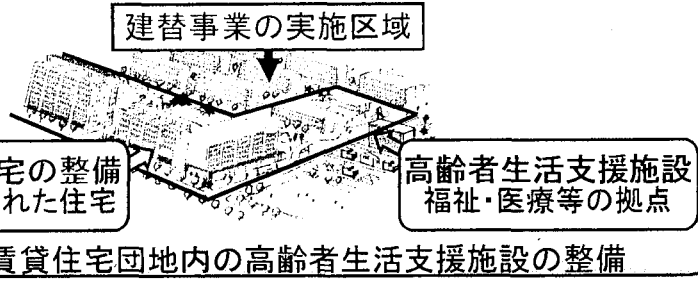
- 高齢化の進展(特に高齢単身世帯、要介護高齢者の増加)
- 住宅のバリアフリー化の立ち遅れ、生活支援サービス付住宅の不足

住宅施策と福祉施策の連携が必要

概要

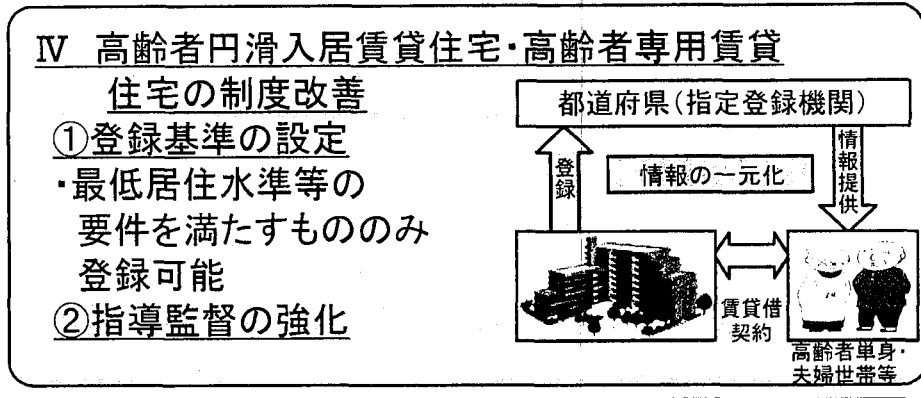
I 基本方針の拡充
・国土交通大臣と厚生労働大臣が共同で策定

II 高齢者居住安定確保計画の策定
・都道府県が高齢者向け賃貸住宅及び老人ホームの供給の目標等を記載した計画を策定
・供給の目標の達成のために必要な具体的な施策の内容
等



III 高齢者生活支援施設と一体となった高齢者向け優良賃貸住宅の供給の促進
①整備・管理の弾力化
②税制優遇措置の拡充

高齢者生活支援施設 →



高齢者が安心して暮らし続けることができる住まいを確保

※ I ~ IIIについては、平成21年8月19日、IVについては平成22年5月19日(登録申請受付は平成21年11月19日)に施行64

生活支援サービス付高齢者専用賃貸住宅への助成

高齢者等居住安定化推進事業(国土交通省平成22年度予算:160億円)

<要件>

住宅の要件

○原則25㎡以上

※共同利用の居間、食堂、台所等が十分な面積を有する
場合は18㎡以上

○原則、台所、水洗便所、収納設備、浴室の設置

○原則3点以上のバリアフリー化

(手すりの設置、段差の解消、廊下幅の確保)

※改修の場合であって物理的・経済的に困難な場合は
この限りではない。

サービスの要件

○緊急通報及び安否確認サービス

○次のいずれかの者が日中常駐していること

・社会福祉法人、医療法人又は居宅介護
サービス事業者の職員

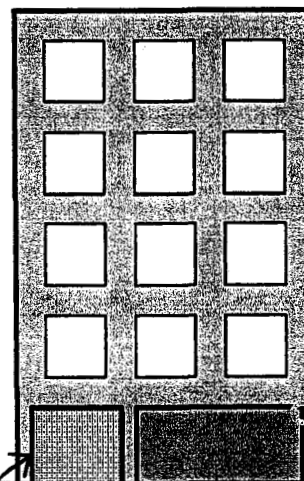
・ヘルパー2級以上の資格を有する者

○上記の者が常駐するために必要なスペースを
設けること

その他の要件

○原則高齢者専用賃貸住宅として10年以上登録す
ること

○高齢者居住安定確保計画等地方公共団体との
整合等を地方公共団体が確認したもの



○高齢者生活支援施設を合
築・併設する場合は、新築・
改修費にも補助

<補助率>

住宅:

新築1/10(上限 100万円/戸)

改修1/3(上限 100万円/戸)

高齢者生活支援施設:

新築1/10(上限1,000万円/施設)

改修1/3(上限1,000万円/施設)

生活支援サービス付き高齢者専用賃貸住宅の事例

- 土地をURより賃借して高齢者専用賃貸住宅と介護事業所を一体的に整備。学習塾も併設し、高齢者と子供、地域住民の多世代交流の促進もめざす。

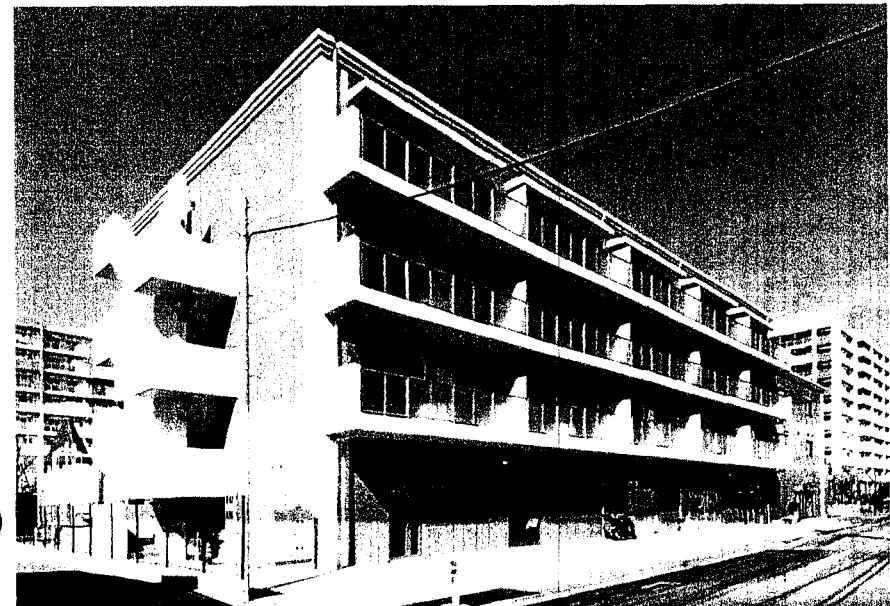
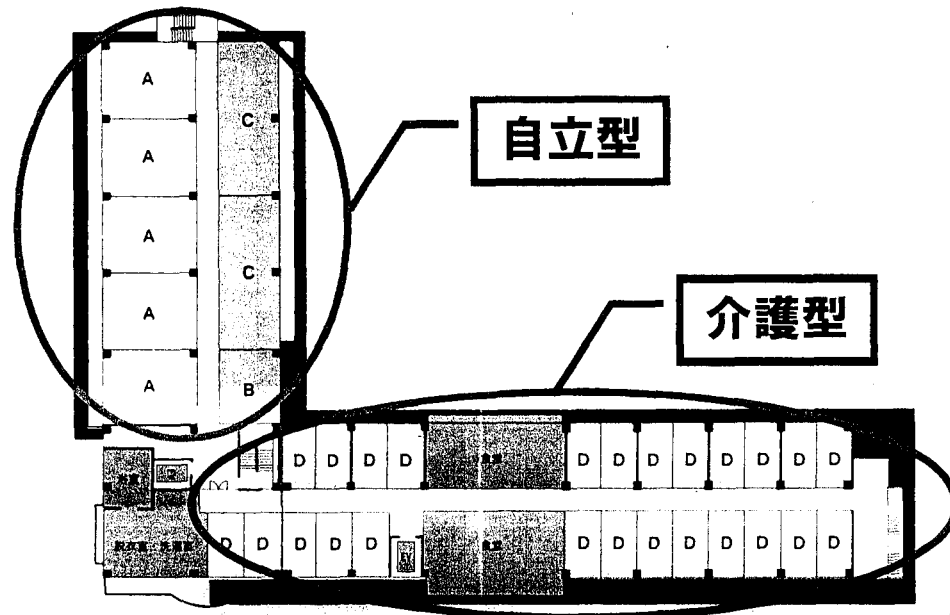
		介護型
戸数	24戸	57戸
住戸面積	35.65～70.41㎡	18.06～22.96㎡
家賃	105,000～188,000円	75,000～79,000円
共益費	4,600～7,500円	20,000円
サービス費	26,250～32,550円	32,550円

併設事業所等：

訪問介護、通所介護、短期入所
居宅介護支援

学習塾（事業者グループ会社の経営）

テナント：クリニック、調剤薬局

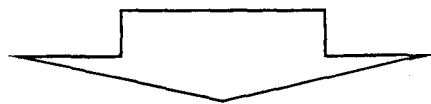


国土交通省成長戦略における高齢者の住まいに係る目標の設定

<戦略目標:2020年目途>

・高齢者人口に対する高齢者向けの住まいの割合を**欧米並み(3~5%)**とする。

[参考]日本0.9%(2005),デンマーク8.1%(2006),スウェーデン2.3%(2005),イギリス8.0%(2001),アメリカ2.2%(2000)



<課題に対応した政策案>

早期に実現を目指すもの(平成23年度概算要求を含む。)

① 医療・介護などのサービスと一体となった住宅の供給を促進するため、民間事業者等によるサービス付き高齢者賃貸住宅の法律上の位置づけを明確化し、その供給支援や適切な運営の確保を図る。具体的には、将来にわたって適切なサービスが行われるよう、サービス付き高齢者賃貸住宅登録制度等の導入や、事業者に対するファイナンスの確保(高齢者向け賃貸住宅融資など)、持家からの住替え支援(住替えの際の一時金等へのリバースモーゲージの拡充)などを行う。

② 地域の活力を生み出す新たな仕掛けとして、公共賃貸住宅団地を地域の福祉拠点として再整備することとし、建替事業等により生じた土地・床や既存の住棟を活用した、民間事業者等によるサービス付き住宅の設置やデイサービスセンター、訪問看護ステーション等の医療・福祉・生活支援施設をPPPにより導入する。

③ 高齢者の生活自立をサポートする住宅設備技術の標準化の普及促進を随時行う。

[クリアすべき課題]

・厚生労働省との連携が必要である。住宅設備技術の標準化については、経済産業省との連携(高齢者・障害者配慮設計指針-住宅設備機器(JIS S 0024))が必要。

未届の有料老人ホームに該当しうる施設について

1. 未届の有料老人ホームに該当しうる施設の届出に係る指導状況について(平成21年10月31日現在)

	件数	割合
平成21年4月30日時点の未届の有料老人ホームに該当しうる施設数	446件	—
平成21年5月1日以降に把握した未届の有料老人ホームに該当しうる施設数	163件	—
有料老人ホーム非該当等	44件	—
有料老人ホームに該当しうる施設数	565件	100.0%
平成21年10月31日まで届出済	176件	31.2%
平成21年10月31日まで未届	389件	68.8%

※1 「有料老人ホームに該当しうる施設」には、現在実態把握中のものを含む。

※2 「非該当等」と判断されたものは、その後の実態把握の結果、食事等のサービスを提供していなかったものや、入居者がなく運営の実態そのものがなかったもの、など。

2. 消防庁発表の未届有料老人ホームのフォローアップ調査結果(平成21年10月31日現在)

何らかの消防法令違反があるもの	68.7%
主な違反内容	
スプリンクラー設備	11.3%
自動火災報知設備	6.5%
消防訓練の実施	38.7% 等

3. 国土交通省発表の未届有料老人ホームのフォローアップ調査結果(平成21年9月30日現在)

建築基準法令に関する違反を把握したもの	63.9%
---------------------	-------

有料老人ホームにおける苦情について

東京都消費生活センターが受け付けた苦情種別順位の経年推移(平成16年－19年)

－MECONIS(東京都消費生活相談情報オンラインシステム)情報から－

(複数回答)

順位	平成16年度(44件)		平成17年度(64件)		平成18年度(96件)		平成19年度(109件)	
1	解約	17	返金	22	解約	30	解約	39
2	返金	15	解約	18	返金	25	返金	34
3	高価格・料金	10	契約書・書面	11	説明不足	21	説明不足	24
4	保証金等	9	信用性	11	契約書・書面	17	契約	24
5	説明不足	8	契約	10	クレーム処理	16	高価格・料金	19
6	契約	8	高価格・料金	10	契約	13	契約書・書面	14
7	信用性	7	説明不足	9	保証金等	13	信用性	13
8	約束不履行	6	保証金等	9	信用性	12	約束不履行	13
9	クレーム処理	4	約束不履行	7	約束不履行	12	他の接客対応	12
10	契約書・書面	3	クレーム処理	6	高価格・料金	9	クレーム処理	11

高齢者の住まいに対するこれまでの指摘事項の概要

- 都道府県民生部長連絡協議会(平成21年7月)、茨城県、千葉県(H22.2月)
 - ・ 有料老人ホームの要件を法令上明確に規定し、法的位置づけのない施設については、立ち入り権限を付与し、運営基準の設定・入居者の状況の報告を義務付けさせること。

- 経済同友会(平成22年6月)
 - ・ 今後は施設という概念ではなく、高齢者に相応しい住まいと必要なケアの一体的な提供という視点に立った高齢者用住宅の整備を進めるべきであり、介護事業者によるサービス提供を備えた高齢者専用賃貸住宅のような新たな形態の開発が求められる。

- 高齢社会をよくする女性の会(平成22年4月)
 - ・ 都道府県に適合高齢者専用賃貸住宅の届出をせず介護サービスを提供する高齢者専用賃貸住宅については、有料老人ホームの届出をするか、特定施設として指定事業者になるよう指導を。
 - ・ すべての都市計画で高齢者住宅を核とした人生100年型仕様を。

- 地域包括ケア研究会報告書(H22.4.26)
 - ・ 終の棲家として、諸外国に比して整備が遅れている高齢者住宅の整備と在宅拠点整備を国交省と連携して計画的に整備する。その際、地方の空き家や都会の賃貸アパート等既存の資源を活用する。

高齢者の住まいに関する論点

- 1 高齢者の住まいについて、国際的に比較して不足している現状を踏まえ、どのように供給を促進するか。
- 2 生活支援サービスの付いた高齢者住宅について、医療、介護サービスをどのようにパッケージ化していくべきか。
- 3 一方、未届有料老人ホームについて、防火安全体制の確保や、入居一時金の保全など、入居者保護をどのように図るか。
- 4 有料老人ホームと生活支援サービス付き高齢者専用住宅について、どのように整合性を取っていくか。

(3) 低所得者への配慮（補足給付）の 在り方

特定入所者介護サービス費（補足給付）

○ 低所得者が介護保険施設や短期入所を利用される際の食費や居住費（滞在費）の負担を軽減するため、所得に応じて設定された負担限度額を超える費用について、特定入所者介護（介護予防）サービス費（補足給付）を支給するもの。平成17年10月に施行。

○ 給付対象者は、次の通り。

第1段階：生活保護受給者、老齢福祉年金受給者など

第2段階：年収80万円以下の基礎年金受給者など

第3段階：市町村民税世帯非課税者など（第1，2段階の対象者を除く）

○ 給付対象サービスは、次の通り。

介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）

短期入所（短期入所生活介護、短期入所療養介護）

○ 給付費の推移は、次の通り。

（億円）

	H17(5か月分)	H18	H19	H20
給付費	848.1	2,132.4	2,261.5	2,396.8
伸び率	—	+4.77%	+6.05%	+5.98%

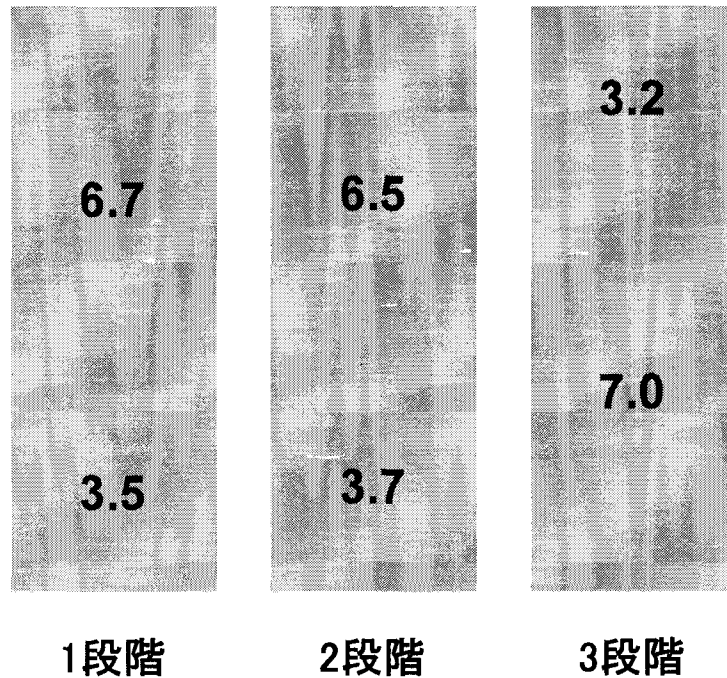
利用者の負担額

○ 食費及び居住費の利用者負担合計額を見ると、ユニット型個室について、特に所得第3段階の方の負担が重くなっている。

1. 食費及び居住費の合計負担額

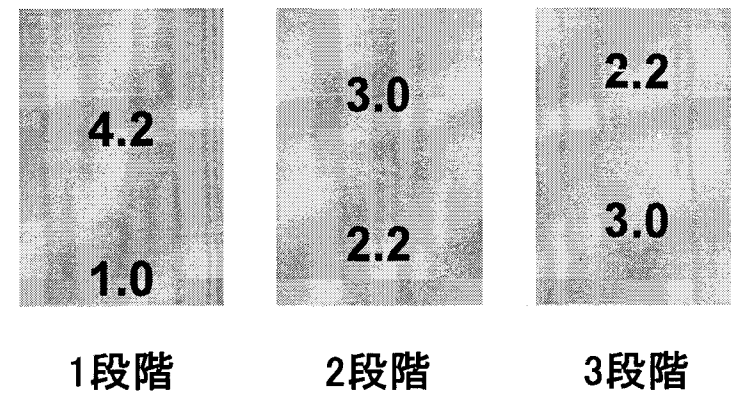
ユニット型個室

基準費用額月10.2万円



多床室

基準費用額月5.2万円



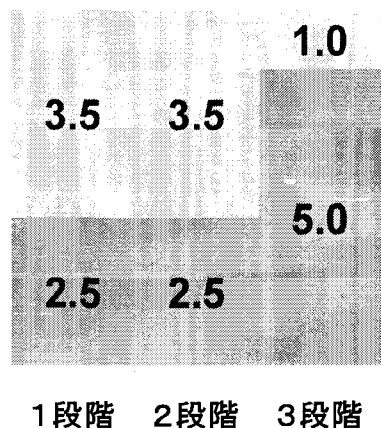
■ 補足給付支給額 ■ 負担限度額

2. 食費及び居住費の個別の負担額

(1) 居住費

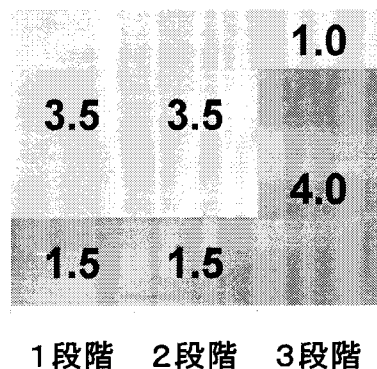
ユニット型個室

基準費用額月6万円



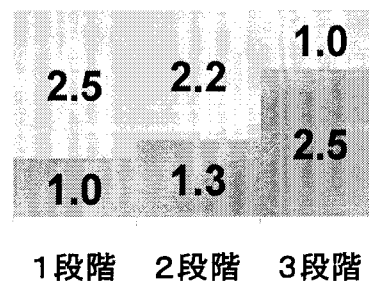
ユニット型準個室 老健等の従来型個室

基準費用額月5万円



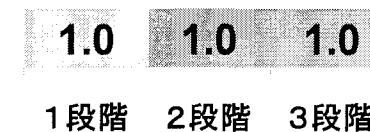
特養の従来型個室

基準費用額月3.5万円



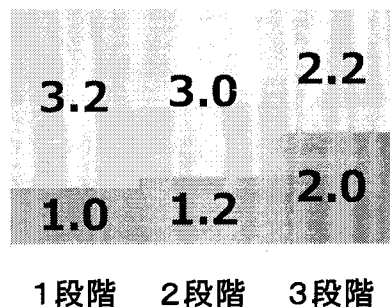
多床室

基準費用額月1万円



(2) 食費

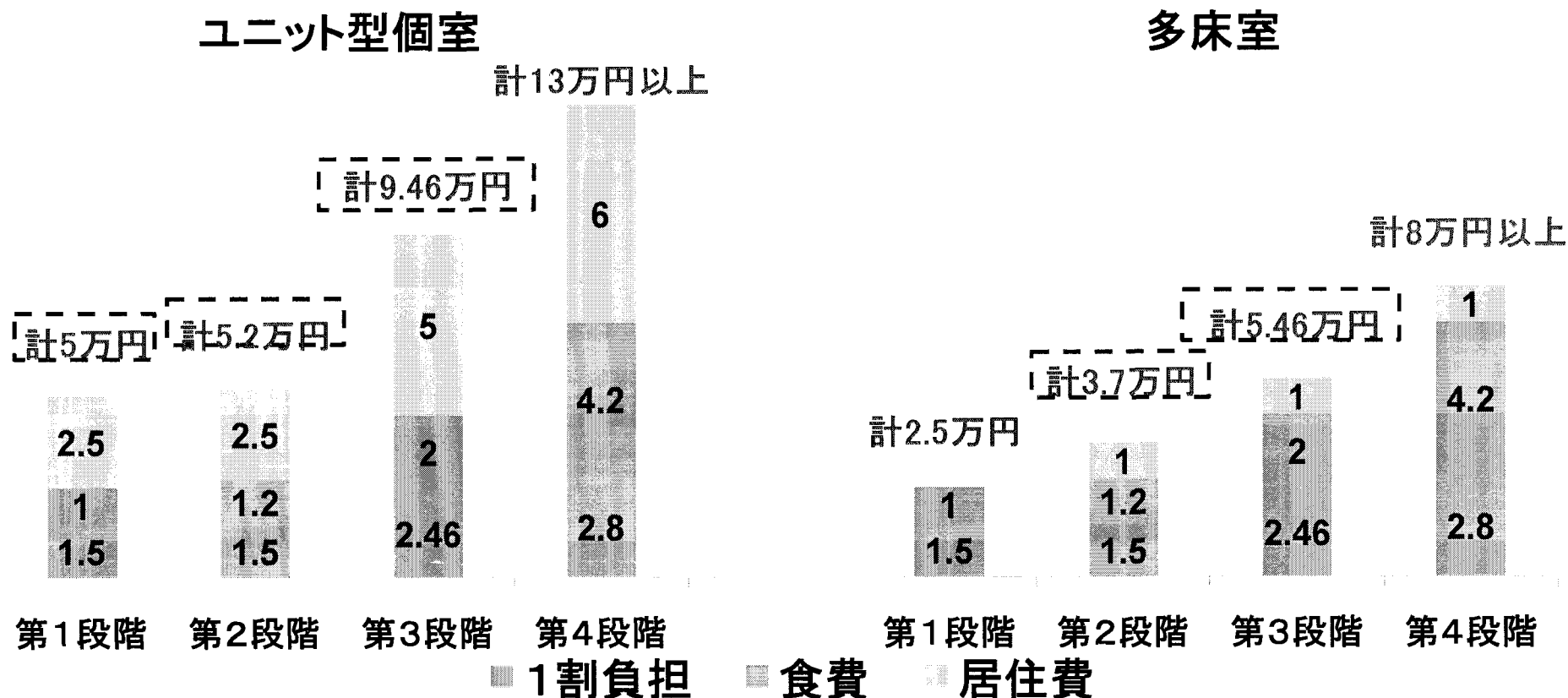
基準費用額4.2万円



- 補足給付支給額
- 負担限度額

介護保険施設における負担額

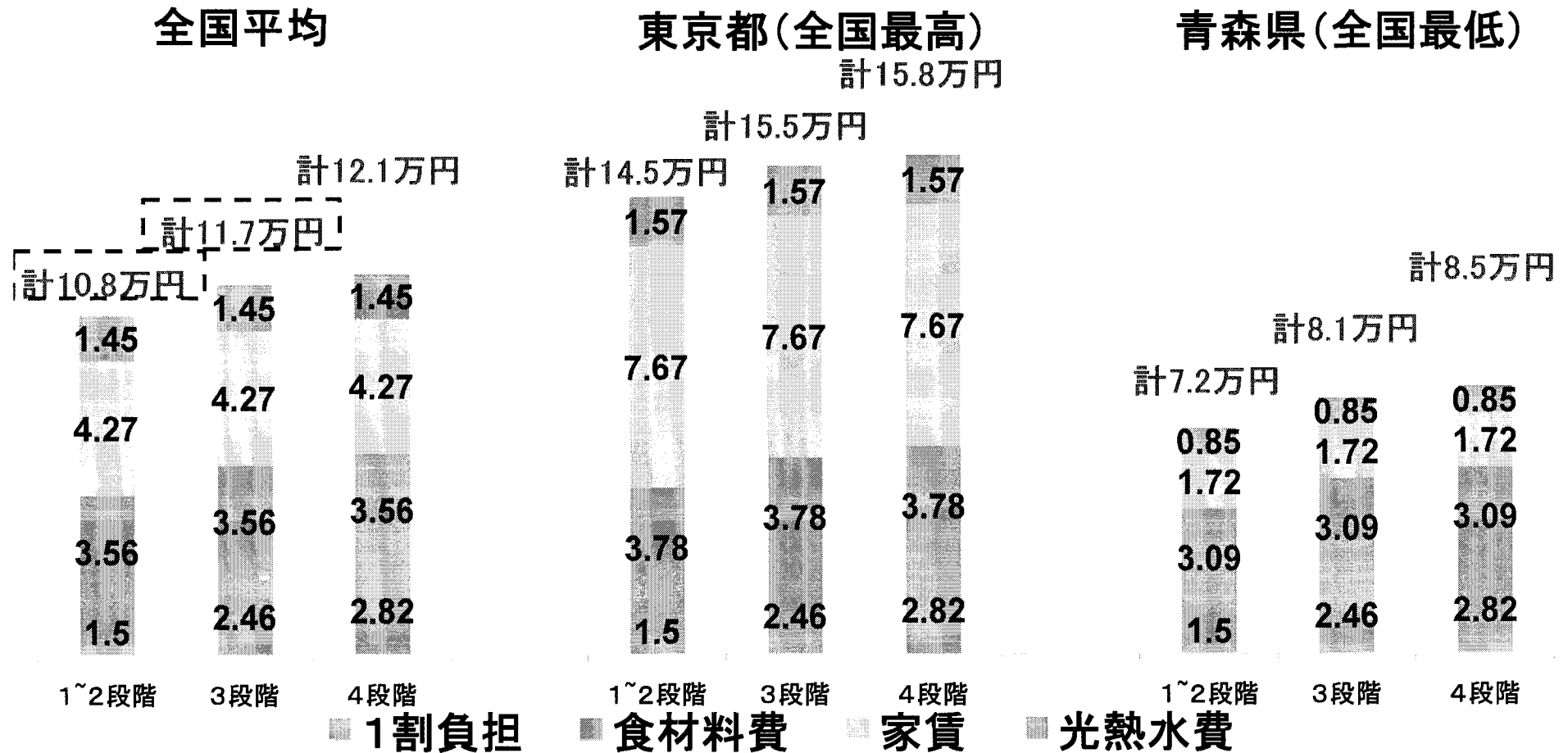
- 1割負担を加えた入所にかかる費用の合計額で見ても、特に所得第3段階の方の負担が重くなっている。



- * 1割負担は、第1~3段階は高額介護サービス費の負担限度額、第4段階は特養の平均的な利用者負担額。
- * 食費、居住費は、第1~3段階は特定入所者介護サービス費(補足給付)の負担限度額、第4段階は特定入所者介護サービス費(補足給付)の基準費用額。
- * 実際に施設を利用される際は、上記以外に介護保険料や医療保険料、医療費、日常生活費などが必要となる。

グループホームにおける負担額

- グループホームにおいては、所得に関わらず、一定の食材料費と家賃、光熱水費を支払う必要があるため、低所得者にとって負担が重くなっている。
- グループホームの負担額は、地域によって大きな差がある。



- * 1割負担は、第1~3段階は高額介護サービス費の負担限度額、第4段階はGHの平均的な利用者負担額。
- * 食材料費、家賃、光熱水費は、認知症・虐待防止対策推進室による全国調査(H21.10)の結果より。
- * 実際にGHを利用される際は、上記以外に介護保険料や医療保険料、医療費、日常生活費などが必要となる。

補足給付に関する指摘事項の概要

- NPO法人「高齢社会をよくする女性の会」(H22.4.26)
 - ・ グループホームを低所得者層が利用できる価格設定に。

- 近畿市長会(H22.5.20)
 - ・ 認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム)を利用する低所得者への負担軽減措置を講じること。

- 大阪府福祉部高齢介護室「高齢者施策の推進に係る提言」(平成22年5月)
 - ・ 施設利用に係る補足給付については、介護保険制度の枠外で所得保障政策の一環として位置づけ、事業所の制度利用を義務付けるとともに、給付対象、給付額を拡大する。
特に認知症高齢者グループホームについては、早急に給付対象とする。

- 「地域包括ケア研究会報告書」(平成22年3月)
 - ・ 現在施設に限定されている補足給付を公費による別制度として、対象をグループホームや一定の高齢者専用賃貸住宅にも拡大して居住費に関する所得保障の仕組みを再編拡充すべきではないか。ただし、補足給付に替わる公費による制度の財源確保の見込みなく補足給付を廃止するべきではない。また、仮に、現行の補足給付を維持する場合でも、資産要件などを導入してより公平な制度にすべきとの意見もあった。

補足給付に関する論点

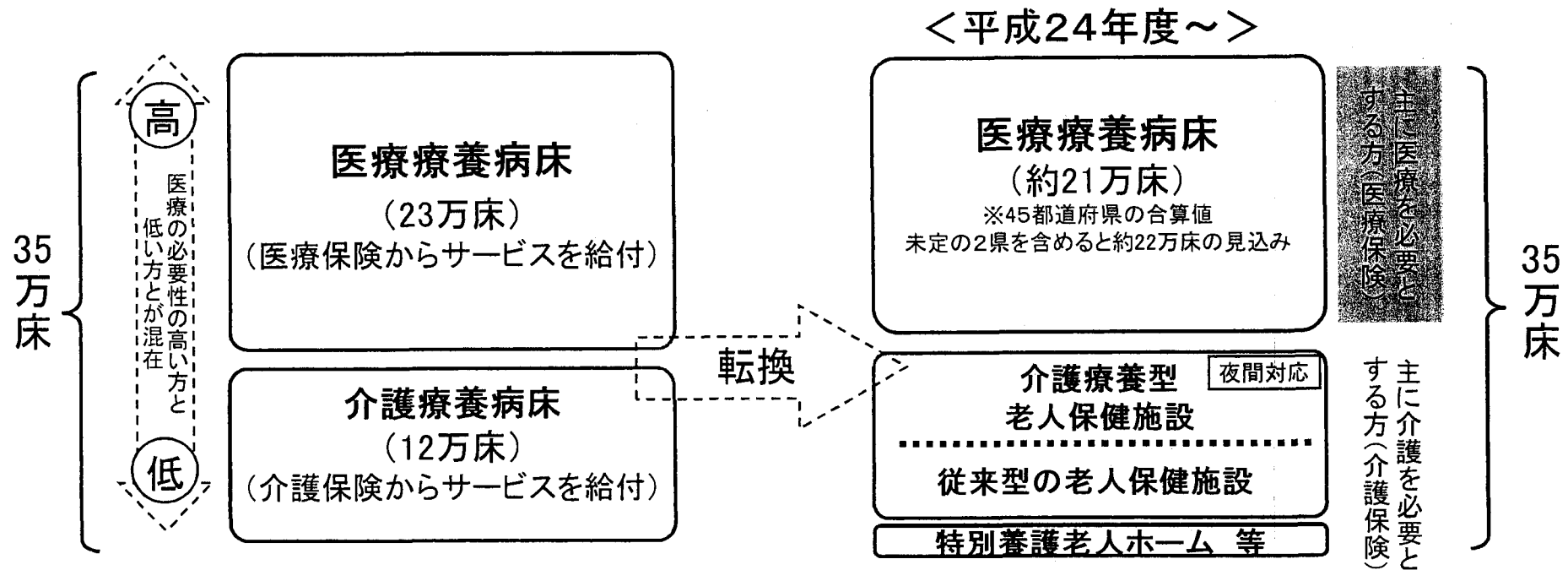
- 1 居住費に係る利用者負担が重いユニット型個室入所者の負担軽減についてどう考えるか。
- 2 現在補足給付の対象となっていないグループホーム入所者への家賃助成についてどう考えるか。
- 3 補足給付について、公平な制度とする観点から、その必要性を厳密に確認する方法を検討すべきではないか。

(4) 療養病床再編成及び施設の 設置主体について

① 介護療養病床の現状について

療養病床再編成の考え方

- 平成24年3月31日までに、療養病床を再編成し、医療の必要度に応じた機能分担を推進することにより、利用者の実態に即したサービスの提供を図る。
⇒主に医療が必要な方には医療サービス、主に介護が必要な方には介護サービスを
- 現在の療養病床(医療療養病床、介護療養病床)に入院している患者を退院させず(ベッド数を削減せず)、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換するもの。
⇒医療・介護トータルを受け皿数は確保
- なお、介護施設等への転換は、医療機関の経営判断による。



(注1)病床数は平成18年10月現在の数値。

(注2)医療療養病床からは回復期リハ病床(約2万床)を除く。

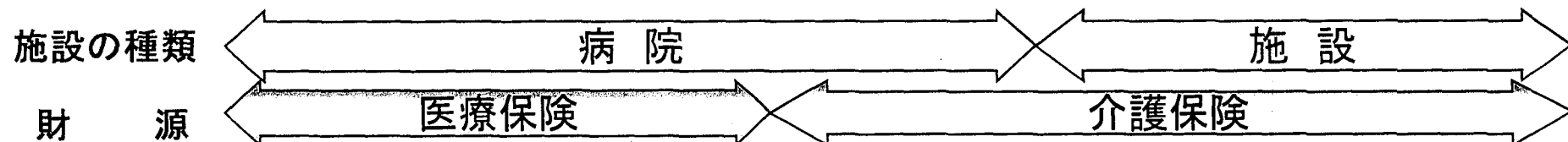
(参考) 介護療養型医療施設について

介護療養型医療施設とは、療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設。(介護保険法第8条第26項)

平成23年度中に介護療養型医療施設を介護老人保健施設、その他の介護保険施設等に転換(施設類型の変更)することとしている。(平成18年健康保険法等の一部を改正する法律により介護保険法の規定を削除)

医療療養病床・介護保険施設について

	(参考) 一般病床	医療療養 病床	介護療養 病床	介護療養型 老人保健 施設	(従来型の) 老人保健 施設
ベッド数	約103万床	約26万床	約9万床	約3,612床※ ⁴ (H20.5創設)	約32万床
1人当たり 床面積	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	8.0㎡以上 (大規模改修までは 6.4㎡以上)	8.0㎡以上
平均的な1人当 たり費用額※ ¹ (H21改定後)	(※ ²)	約49万円	約41.6万円	約37.2万円※ ³	約31.9万円
人員配置 (100床当たり)	医師 6.25人 看護職員 34人	医師 3人 看護職員 20人 介護職員 20人	医師 3人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員18人 介護職員18人	医師 1人 看護職員 10人 介護職員 24人



※¹ 多床室 甲地 の基本施設サービス費について、1月を30.4日と仮定し1月当たりの報酬額を算出。

※² 算定する入院料により異なる。

※³ 介護職員を4:1で配置したときの加算を含む。

※⁴ 平成22年6月現在 各都道府県より厚生労働省老人保健課へ報告された病床数に基づく。

療養病床の転換支援策について

○ 介護療養型老人保健施設の創設

主として介護が必要な方は介護老人保健施設等で受け止めることとし、療養病床から転換した老人保健施設については、入所者の医療ニーズへの対応を介護報酬上特別に評価した「介護療養型老人保健施設」を創設。

○ 療養病床が老人保健施設に転換する場合の床面積等の施設基準の緩和

療養病床から転換した老人保健施設について、次の新築等を行うまでの間、1床あたり6.4㎡の経過措置を認める。

(参考)老人保健施設の床面積の基準:1床当たり8㎡

○ 療養病床から老人保健施設等への転換に伴う費用負担軽減のための措置

ア 老人保健施設等に転換する療養病床に交付金を交付

(例)既存施設を取り壊さずに新たに施設を整備した場合、転換床数1床あたり100万円を交付

イ 療養病床の整備時の債務の円滑な償還のため、独立行政法人福祉医療機構の融資制度として「療養病床転換支援資金」を創設

- ・貸付限度額: 最大7.2億円以内
- ・償還期間: 最大20年以内
- ・貸付利率: 財政投融資資金借入利率と同率(年間1.70%)

療養病床数の推移

	医療療養病床数	介護療養病床数	療養病床数 計
平成18年4月 ^{※1}	263,742	120,700	384,442



平成22年2月 ^{※2}	262,119	89,033	351,152
-----------------------	---------	--------	---------

※1 確定数
 ※2 概数

厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」より

86

療養病床からの転換状況（平成22年6月15日現在）

介護療養型老人保健施設(平成20年5月～)に転換した施設： 75施設(3612床)

従来型老人保健施設に転換した施設： 61施設(2012床)

特別養護老人ホームに転換した施設： 7施設(274床)

有料老人ホームに転換した施設： 5施設(198床)

認知症高齢者グループホームに転換した施設： 12施設(156床)

高齢者専用賃貸住宅に転換した施設： 2施設(25床)

合計 162施設(6277床)

注) 各都道府県より厚生労働省老健局老人保健課に報告されている施設数・病床数に基づく。

介護療養病床に関する論点

1 介護療養病床の転換については、

- ・転換後の患者の望ましい居場所が確保できるのかということについて懸念する声がある。
- ・一方、仮に転換を凍結した場合、本来介護保険施設において処遇されるべき患者が療養病床で処遇される、いわゆる「社会的入院」につながるおそれがある。

(参考)長妻厚生労働大臣国会答弁(抜粋)

夏頃までに調査結果をとりまとめて、その結果を踏まえて議論をして、猶予ということも含めて今後の方針を決定していく。

(参考) 療養病床再編成に係る調査の概要

○ 療養病床の再編成の今後の方針を検討するため、平成21年度から平成22年度にかけて以下の調査を実施。

【療養病床の転換意向等調査】 平成22年2月及び4月※1

→療養病床を有する医療機関の転換意向を把握。

○調査対象：調査時点で療養病床を有する医療機関※2

○内 容：これまでの転換状況・転換理由、今後の転換意向、転換意向理由等

【医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査】 平成22年6月

→療養病床等の入院患者と施設入所者の状態像を、共通尺度を用いて横断的に把握。

○調査対象：医療保険施設※3・・・一般病棟：13対1・15対1（約2,000施設）
医療療養病棟（約4,000施設）
障害者施設・特殊疾患病棟（約1,000施設）
在宅療養支援病院・診療所（約3,000施設）
介護保険施設※4・・・介護療養型医療施設（約2,000施設）
介護老人保健施設（約2,000施設）
介護老人福祉施設（約2,000施設）

○内 容：患者・入所者の入院/入所の理由、入院/入所前の状況、現在の状態、今後の見通し、今後の希望、医療の提供状況等

※1：診療報酬改定の影響を把握するため、改定前後（平成22年2月、4月）で2回実施

※2：2月は東京都を除く46道府県（約5,000施設）、4月は47都道府県（約5,600施設）（厚生労働省 医療施設動態調査）

※3：平成22年度社会保険基礎調査委託事業

※4：平成22年度老人保健健康増進等事業

② 施設の設置主体について

特別養護老人ホームの設置主体に係る規定

- 特別養護老人ホームの設置主体として、老人福祉法で定められているのは、
 - ・ 都道府県、市町村、地方独立行政法人(第15条第1項、第3項)
 - ・ 社会福祉法人(第15条第4項)
 - ・ 日本赤十字社(老人福祉法第35条)
 - ・ 厚生連(老人福祉法附則第6条の2)

○行政刷新会議 規制・制度改革／成長戦略

- ・規制・制度改革に係る対処方針(平成22年6月18日 閣議決定)より

【ライフイノベーションWG⑭】

特養への民間参入拡大(運営主体規制の見直し)

- ・特別養護老人ホームへの社会医療法人参入を可能とする方向で検討し、結論を得る。

＜平成22年度中検討・結論、結論を踏まえ対応に着手＞

- ・また、特別養護老人ホームの運営について、利益追求・利益処分の在り方、措置入所の在り方や、基幹となる税制の在り方・廃業の際の残余財産の処分等の在り方に関連し、特別養護老人ホームを社会福祉法人が担っていることの意義や役割、社会福祉法人以外の既存の法人形態を含め、社会福祉法人と同程度の公益性及び事業の安定性・継続性を持つ法人の参入を可能とすることの是非について検討する。

＜平成22年度中検討開始＞

社会医療法人制度の概要

○社会医療法人は、平成18年医療法改正において、公立病院改革が進む中で、民間の高い活力を活かしながら、地域住民にとって、不可欠な救急医療等確保事業を担う、公益性の高い医療法人として制度化(都道府県知事の認定)。(平成22年7月現在 102法人)



都道府県知事
の認定



社会医療法人

公立病院等

審査

- 認定要件**
- 役員、社員等については、親族等が3分の1以下であること
 - 定款又は寄附行為において、解散時の残余財産を国に帰属する旨定めていること
 - 救急医療等確保事業を実施していること

医療計画に記載された
救急医療等確保事業

改正医療法 第30条の4
第2項第5号

- イ 救急医療
- ロ 災害時における医療
- ハ へき地の医療
- ニ 周産期医療
- ホ 小児医療
(小児救急医療を含む)

法人運営の安定化

医療保険業の法人税非課税
(20年度税制改正)
救急医療等確保事業を行う病院・診療所の固定資産税等の非課税
(21年度税制改正)

収益事業の実施

社会医療法人債の発行

公立病院等との新たな
役割分担・連携の構築

社会医療法人の認定要件

1. 救急医療等の事業に関する要件

【主な要件】

- 救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療又は小児救急医療の医療連携体制を担う医療機関として医療計画に記載されていること
- 救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療又は小児救急医療

救急医療	休日・夜間・深夜加算算定件数(初診)／初診料算定件数＝20%以上、又は、夜間休日搬送受入件数＝年間750件以上 ※精神科救急：年間時間外診療件数＝人口1万対2.5件以上(3力年で人口1万対7.5件)
災害医療	救急医療の基準の8割の実績を有しており、かつ、DMAT(災害派遣医療チーム)を保有し防災訓練に参加したこと
へき地医療	病院の場合は、週1回を超えて巡回診療・医師派遣を行っていること(直近に終了した会計年度の延べ派遣日数(派遣日数を医師数で乗じた日数)が53人日以上であること) へき地における診療所の場合は、週4日を超えて診療をおこなっていること(直近に終了した会計年度の診療日が209日以上であること。)
周産期医療	ハイリスク分娩可加算＝年1件以上、かつ、分娩件数＝年500件以上、かつ、母体搬送受入件数＝年10件以上
小児救急医療	乳幼児休日・夜間・深夜加算算定件数(初診)／乳幼児加算初診料算定件数＝20%以上

2. 公的な法人運営に関する要件

【主な要件】

- 役員等についての同族性が排除されていること
- 法人解散時の残余財産が国、地方公共団体又は他の社会医療法人に帰属する(持分がない)こと
- 社会保険診療に係る収入金額が全収入金額の8割を超えること
- 理事等に対する報酬について、支給の基準を定め、公開していること 等

設置主体別の税制の比較

		日赤	社会福祉法人	厚生連	社会医療法人	一般の医療法人
国税	法人税	医療保険業 非課税	非課税	非課税	非課税	課税(30%)
		医療保険業以外 収益事業のみ課税 (18%※1)	収益事業のみ課税 (18%※1)	収益事業のみ課税 (18%※1)	収益事業のみ課税 (18%※1)	(実施不可)
	寄付金税制	個人寄付者の所得税 寄付金から5千円を引いた額の所得控除が可能 (所得の40%が限度)	寄付金から5千円を引いた額の所得控除が可能 (所得の40%が限度)	所得控除不可	所得控除不可	所得控除不可
地方税		法人寄付者の所得税 一般寄付金と別枠で損金算入可	一般寄付金と別枠で損金算入可	一般寄付金の枠で損金算入	一般寄付金の枠で損金算入	一般寄付金の枠で損金算入
	事業税	医療保険業 非課税	非課税	非課税	非課税	社会保険診療は非課税(その他は課税5%※2)
		医療保険業以外 収益事業のみ課税 (5.0%等※3)	収益事業のみ課税 (5.0%等※3)	収益事業のみ課税 (5.0%等※3)	収益事業のみ課税 (5.0%等※3)	(実施不可)
	固定資産税 都市計画税 不動産取得税	医療用資産 非課税	社会福祉事業の用に供する者は非課税	非課税	救急医療等確保事業に係るものは非課税 ※1	課税

※1:平成21年度税制改正

※2:所得400万円以下は5.0%、400万円超は6.6%

※3:所得400万円以下は5.0%、400万円超は7.3%、800万円超は9.6%

設置主体別の残余財産の帰属先について

	社会福祉法人	社会医療法人	医療法人	公益社団法人 公益財団法人	一般社団法人 一般財団法人	特定非営利法人
根拠法	社会福祉法 31条、47条	医療法 42条の2	医療法 44条、56条	公益社団法人及び 公益財団法人の 認定法 第5条	一般社団法人及び一 般財団法人法 11条、153条、239条	特定非営利活動 促進法 11条、32条
定款又は 寄付行為の定め により残余財産 の帰属対象とな る者	①社会福祉法人 ②その他社会福 祉事業を行う者	①国 ②地方公共団体 ③他の社会医療 法人	① 国 ② 地方公共団体 ③ 医療法人 ④ その他の医療 を提供する者 ※ 現在の医療法 人の大半は、経 過措置に基づく、 持ち分のある医 療法人である。	①国 ②地方公共団体 ③類似の事業を目的 とする他の公益法人 ④法5条17号で定める 法人 (社会福祉法人など)	帰属対象については 定めなし ※ 定款において、 ① 一般社団法人は 社員に、 ②一般財団法人は 設立者に、残余財 産の分配を受ける 権利を与えることを 禁止	①特定非営利活 動法人 ②その他法11条 で定める法人
定款又は寄付行 為に定めがない 場合	国	定款に定めること が要件であるため 必ず定められてい る	国	定款に定めることが 要件であるため、 必ず定められている	①社員総会又は 評議会の決議に よって定める ②帰属が定まらない 場合は国	①所轄庁の認証 を得て、財産を 国又は地方公共 団体に譲渡可能 ②帰属が定まら ない場合は国

(参考) 社会福祉法人の経営の安定性・継続性に係る議論

<参考> 老人福祉事業者・医療機関の主な倒産 (2001年～2009年)

老人福祉事業者

商号	負債 (百万円)	倒産態様	倒産年	所在地
石川ライフクリエート(株)	5,410	会社更生法	2006	石川県
社会福祉法人長和福祉会	4,307	民事再生法	2008	兵庫県
(株)トータルケアサポート	3,500	破産	2007	東京都
(株)日本ホームヘルスケア	3,000	民事再生法	2001	千葉県
(株)カルデア	2,519	破産	2004	東京都
(株)伊豆の里	2,050	会社更生法	2009	静岡県
日本健康機構(株)	1,863	特別清算	2007	東京都
(株)エヌ総合企画	1,126	破産	2008	埼玉県
グラシアス(株)	950	民事再生法	2009	東京都
(株)ハートフル	340	破産	2009	神奈川県

医療機関

商号	負債 (百万円)	倒産態様	倒産年	所在地	施設形態
(医)育和会	20,000	民事再生法	2002	大阪府	病院
浪速医療生活協同組合	13,400	民事再生法	2005	大阪府	病院
(医社)医新会	7,000	民事再生法	2003	北海道	病院
(医)平野同仁会	5,900	民事再生法	2009	岡山県	病院
(医)博愛会	4,818	民事再生法	2009	兵庫県	病院
(医財)桜会	4,359	民事再生法	2008	東京都	病院
加藤総合病院	4,325	破産	2006	大阪府	病院
(医社)五輪橋内科病院	4,100	民事再生法	2007	北海道	病院
(医)翰林会	4,036	破産	2005	北海道	病院
(医)大淀会	4,000	破産	2007	鳥取県	病院
(医)三祿会	3,436	民事再生法	2007	栃木県	病院
(医)睦会	3,300	民事再生法	2007	大阪府	病院
(医社)善衆会	3,200	民事再生法	2007	群馬県	病院
(医財)交道会しもべ病院	3,000	民事再生法	2007	山梨県	病院
(医)賑生会	2,600	破産	2008	大阪府	病院
(医社)寿光会	2,500	民事再生法	2004	東京都	病院
糸魚川医療生活協同組合	2,444	破産	2007	新潟県	病院
(医)育正会	2,300	民事再生法	2009	宮城県	病院
(医社)上人会	2,268	民事再生法	2007	大分県	病院
(医)きのだ会	2,159	破産	2009	大阪府	診療所
(医社)三楡会北斗循環器病院	2,000	民事再生法	2006	北海道	病院
(医)鳳林中央会	1,933	民事再生法	2007	大阪府	診療所
(医)廣瀬病院	1,900	民事再生法	2006	埼玉県	病院
(医社)同仁会	1,880	民事再生法	2007	滋賀県	病院
(医社)せいあい会	1,840	破産	2009	茨城県	診療所
(医社)正朋会	1,800	民事再生法	2007	千葉県	病院
村上病院	1,800	民事再生法	2004	静岡県	病院
(医)メディケアアライアンス	1,750	民事再生法	2004	大分県	診療所
(医社)アース	1,692	破産	2009	東京都	診療所
(医)耀生会	1,600	民事再生法	2004	栃木県	病院

(出典) 帝国データバンク

「老人福祉事業者・医療機関の倒産
動向調査」より

- 老人福祉事業の主な倒産事例のうち、社会福祉法人は1件。
- 上記の1件は、社会福祉法人への民事再生法の適用事例としてははじめて。

施設の設置主体に対するこれまでの指摘事項の概要

- 大都市民生主管局長会議（H22.7.30）
 - ・ 多様な住まいを確保するため、構造改革特区で特別養護老人ホームの公設民営・PFIにより株式会社が設置主体として認められているように、規制緩和をすすめること。

- 全国社会福祉協議会（平成22年6月）
 - ・ 利用者負担額の増大や、介護施設で働く職員の処遇が悪化すること、税・介護保険料として国民から拠出された財源が、介護以外に流出することを避けるため、特別養護老人ホームの設置主体は現行制度の枠組みを堅持すべき。

- 経済同友会（平成22年6月）
 - ・ 介護保険施設を自治体、社会福祉法人、医療法人等以外の主体にも開設できるようにし、株式会社等、多様な経営主体の参入を促すべきである。その際、特別養護老人ホーム等を開設する社会福祉法人に対し行われている公的助成や税制面での優遇措置等はなくし、他の経営主体と競争条件を同一にする必要がある。

- 地域包括ケア研究会報告書（H22.4.26）
 - ・ 施設の類型によらず、実際に果たしている機能に着目して評価することを選択できる仕組みを導入する。
 - ・ 介護老人福祉施設としての特別養護老人ホームの設置主体の制約を見直し、医療法人にも介護老人福祉施設の設置を認める。

施設の設置主体に関する論点

1 規制・制度改革に係る対処方針(平成22年6月18日 閣議決定)において、特別養護老人ホームへの社会医療法人参入を可能とする方向で検討し、結論を得ることとされている。

また、「社会福祉法人と同程度の公益性及び事業の安定性・継続性を持つ法人の参入を可能とすることの是非について検討する」こととされている。

公益性、安定性、継続性の観点から、どのような法人を比較・検討の対象としていくべきか。

2 また、介護療養病床型施設からの転換が進まないなかで、

i 介護療養型病床からの転換先として、転換型介護老人保健施設と同様に、医師、看護師配置を行う特養類型を作り転換を進めていくべきか。

ii 介護療養病床からの受け入れ先を拡大するため、転換を決めた医療法人については、特養の設置を認めていくことも必要か。

(参考)

地方分権の動き

99

地域主権改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律案（厚生労働省関係）

1. 改正の背景

○ 地方分権改革推進委員会第3次勧告（平成21年10月7日）で方針が示された以下の3つの重点事項のうち特に地方要望に係る事項を中心に、地方分権改革推進計画（平成21年12月15日閣議決定）に基づき関連法律の改正を行う。

- (a) 施設・公物設置管理の基準
- (b) 協議、同意、許可、認可、承認
- (c) 計画等の策定及びその手続

2. 改正の概要

(a) 施設・公物設置管理の基準の見直し

① 児童福祉法・老人福祉法・介護保険法・障害者自立支援法の一部改正

◆ 以下の施設・サービスの人員・設備・運営基準を、都道府県等の条例に委任。

- ・ 児童福祉施設（保育所、助産施設等）及び指定知的障害児施設等（知的障害児施設、重症心身障害児施設等）
- ・ 特別養護老人ホーム及び養護老人ホーム
- ・ 指定居宅サービス（ホームヘルプ、デイサービス等）、指定介護老人福祉施設等
- ・ 指定障害福祉サービス（生活介護、就労移行支援等）、指定障害者支援施設等

◆ 人員・居室面積・人権侵害防止等の厚生労働省令で定める基準は「従うべき基準」、利用定員は「標準」、その他は「参酌すべき基準」とする。

◆ ただし、保育所の居室面積基準については、厚生労働大臣が指定する地域にあっては、政令で定める日までの間は、「標準」とする。

(a)施設・公物設置管理の基準の見直し

②職業能力開発促進法の一部改正

- ◆都道府県が行う施設外訓練及び委託訓練に関する基準を、都道府県の条例に委任。
- ◆厚生労働省令で定める基準を、「参酌すべき基準」とする。

③就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部改正

- ◆認定こども園の認定要件の基準・表示基準を、都道府県の条例に委任。
- ◆入所・入園資格基準は「従うべき基準」、その他は「参酌すべき基準」とする。

※ ①及び③については、施行状況等を勘案し、条例委任の在り方や厚生労働省令等で定める基準の在り方について検討し、必要があると認めるときは、検討結果に基づいて所要の措置を講ずる。

(b)協議、同意、許可、認可、承認の見直し

○林業労働力の確保の促進に関する法律の一部改正

- ◆林業労働力確保基本計画の策定・変更における農林水産大臣・厚生労働大臣への協議を「報告」とする。

(c)計画の策定及びその手続の見直し

○医療法の一部改正

- ◆医療計画の内容のうち、地域医療支援病院等の整備目標に関する事項等に係る規定は、義務から努力義務化する。

3. 施行期日

2. (a)・・・平成23年4月1日 (①②については、施行日から1年を超えない範囲内で、条例が制定施行されるまでの間は、厚生労働省令で定める基準を条例で定める基準とみなす旨の経過措置あり)

(b)(c)・・・公布の日

特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）の地方分権による条例委任の考え方

基準の類型	基準の例	厚生労働省の対応
人員配置基準	入居者3人に対し介護・看護職員1人以上 等	従うべき基準
居室面積基準	居室:10.65㎡ (ユニット型施設は13.2㎡)	従うべき基準
人権に直結する 運営基準	○ サービス内容の説明と同意 ○ サービス提供拒否の禁止 ○ 身体的拘束の禁止 ○ 秘密保持 等	従うべき基準
上記以外の施設・設備・運営基準	○ 食堂(機能訓練室と合わせて3㎡/人以上) ○ ユニット型施設における共同生活室 (2㎡/人以上) ○ 廊下幅(1.8m以上 中廊下2.7m以上) ○ 居室定員4人以下 ○ サービス提供困難時の対応(病院や他の事業者の紹介等) ○ 要介護認定の申請に係る援助 ○ サービスの提供の記録 ○ 介護の方法(週2回以上の入浴等) ○ レクリエーションの提供等 ○ 協力病院の定め ○ 会計の区分 等	参酌

※ 他の介護施設等についても、「地方分権改革推進計画」に沿って、上記に準じた仕分けを行っている。¹⁰²

2010年7月30日

社会保障審議会介護保険部会

淑徳大学准教授
結城 康博

特養におけるユニット型個室等の論点について

このことについて本審議会において以下のとおり意見を申したい。

1. ユニット型個室と多床室について

現在国は、原則ユニット型個室を基本に整備を続けているが、これらの方針は正しいと考える。しかしながら現状への対策案としては以下の選択肢が考えられる。待機者対策を前提とした新設特養の整備条件の選択肢。

①ファーストベスト

ユニット型個室の整備を推進し個別ケアを促進する原則は堅持しつつ、以下の条件を追加的に導入する方策である。

ア. 補足給付もしくは介護扶助（生活保護）等に基づいた財源措置を講じて、生活保護受給者もユニット型個室を利用可能にする。

イ. ユニット型個室の個別ケアを継続して重視すべく、現在の介護士配置基準を多床室基準より手厚いものとする。

②セカンドベスト

ファーストベストの条件が整わない場合、ユニット型個室の整備を促進しつつ、並行して老人福祉法に基づいた「福祉機能」にも配慮する方策である。すなわち、緊急措置として保険者等の判断に基づいて、全床数のうち僅かながら多床室（2人～4人部屋まで）を認め、合築をも可能にしていくというものである（ファーストベストが実現できるまでの時間的・段階的措置に位置付ける）。

この方策を採る場合、限界があるもののできるだけ多床室におけるプライバシー保護を目指した「ケア」の開発・研究等の実施を考えていくべきである（既存の多床室にも配慮）。

2. ショートステイについて

新設特養では、ショートステイ機能をも考える必要があり、地域や状況に応じて、これらに多床室を僅かながら認めることも議論すべきである（ただし、既述のファーストベストが実現されればその限りではない）。なぜならば、ショートステイにおけるユニット型個室と多床室とでは、利用料に差が生じてしまうからである。

3. 補足給付について

本来、補足給付は低所得者対策であり、介護保険制度ではなく老人福祉制度の枠組みで実施されるべきである。しかし、これを介護保険制度から外した場合、特定財源として代替的な財源措置がなされる可能性は低いと考えられる。そのため社会保障制度上の整合性に疑問がないわけではないが、現行制度を維持することもやむを得ない。

以上

特別養護老人ホームの生活相談員と老人保健施設の支援相談員
および介護支援専門員の役割について

一般社団法人
日本介護支援専門員協会
会長 木村 隆次

利用者にとって適切なケアマネジメントが実践されるために、特別養護老人ホームおよび老人保健施設の入退所時において、施設側の介護支援専門員及び相談員と居宅介護支援事業所の介護支援専門員、地域包括支援センターのケアマネジメント担当者、グループホーム等の介護支援専門員、病院の医療関係職種等が情報共有をすることが求められる。そして、住まう場所が変わってもケアマネジメントが継続されることが望ましい。

このことを実現するために、特別養護老人ホームの生活相談員と老人保健施設の支援相談員および介護支援専門員の役割について明確化する必要がある。

ここでは、日本介護支援専門員協会が厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康推進等事業）で実施した「施設系、居住系施設などにおけるケアマネジメント手法及び介護支援専門員のあり方調査研究事業」（平成 19 年度）、「老人保健施設、特別養護老人ホームに配置されている介護支援専門員の役割と評価等のあり方の調査研究事業」（平成 21 年度）において得た現状を報告する。

※介護保険法（総則より抜粋）

第七条

5 この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

平成19年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
「施設系、居住系施設などにおけるケアマネジメント手法及び
介護支援専門員のあり方調査研究事業」
委員名簿

阿部 信子	特定非営利活動法人日本介護経営学会 理事
江澤 和彦	社団法人全国老人保健施設協会 理事
榎本 博一	社会福祉法人喜成会 指導者
折茂 賢一郎	日本介護支援専門員協会 常任理事
武久 洋三	日本療養病床協会
◎田中 滋	特定非営利活動法人日本介護経営学会 会長 慶應義塾大学大学院 教授
野呂 牧人	介護老人保健施設 ケア・ビレッジシャローム
濱田 和則	日本介護支援専門員協会 副会長
見平 隆	社団法人日本社会福祉士会
本永 史郎	社団法人全国老人福祉施設協議会
和気 純子	首都大学東京 准教授

※50音順 ◎は委員長 所属は就任時

平成21年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
「老人保健施設、特別養護老人ホームに配置されている
介護支援専門員の役割と評価等のあり方の調査研究事業」
委員名簿

阿部 信子	特定非営利活動法人日本介護経営学会 監事
折腹 実己子	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 研修委員会副委員長
折茂 賢一郎	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
◎田中 滋	特定非営利活動法人日本介護経営学会 会長 慶應義塾大学大学院 教授
長田 洋	特定施設事業者連絡協議会 事務局長
濱田 和則	一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長
東 憲太郎	社団法人全国老人保健施設協会 常務理事
松谷 之義	一般社団法人日本慢性期医療協会 副会長
見平 隆	社団法人日本社会福祉士会 ケアマネジメント委員
山田 剛	医療法人社団主体会 介護老人保健施設 みえ川村老健 副施設長
和気 純子	首都大学東京 准教授

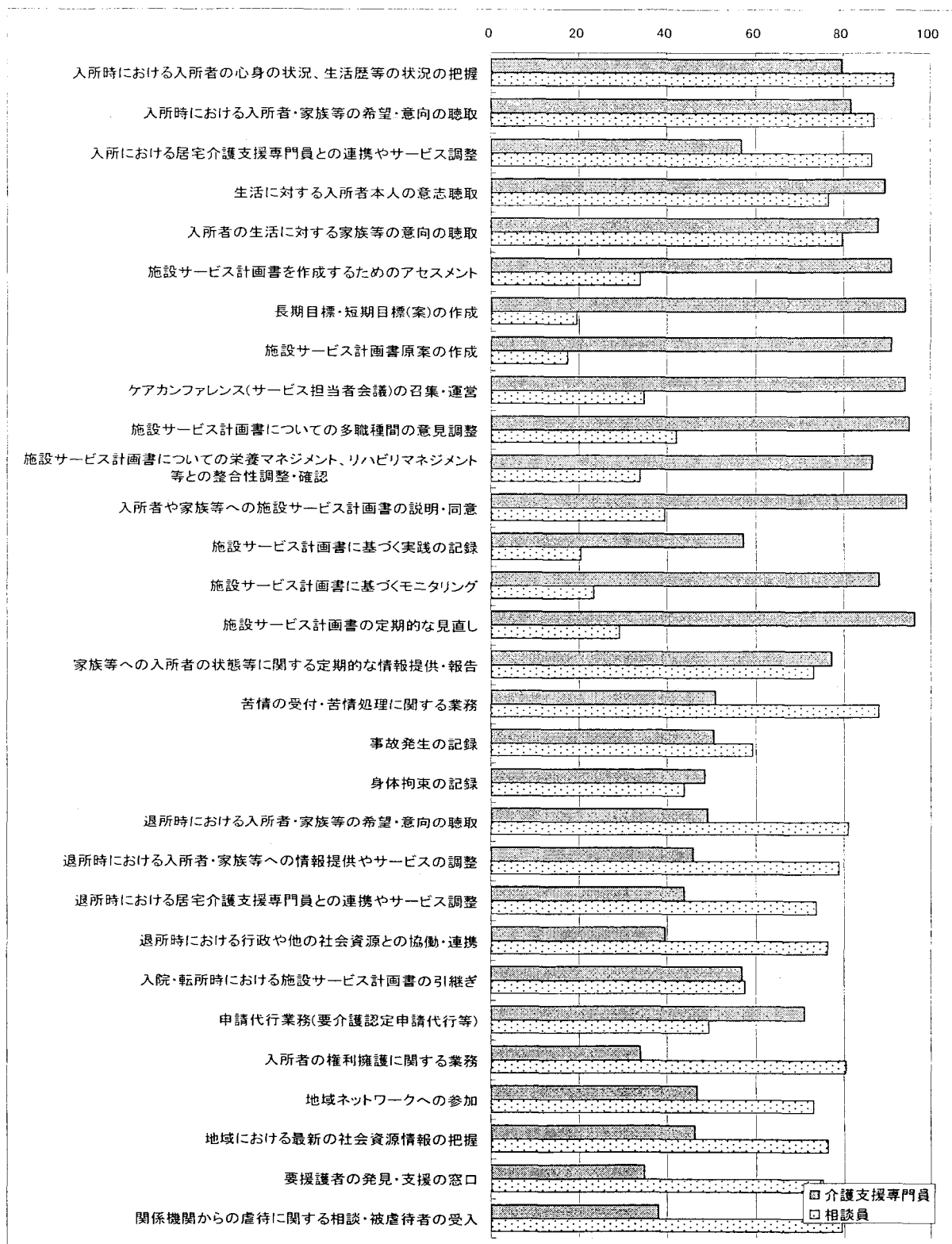
※50音順 ◎は委員長 所属は就任時

業務の実施者について、施設種類別にみたものを以下に示す。

◆業務の実施者（介護支援専門員と相談員）【指定介護老人福祉施設】

指定介護老人福祉施設では、介護支援専門員の他に、「相談員」の入所・退所にかかる業務や地域との連携に関する業務等の実施率が高い。

※各施設において「介護支援専門員として中心的に業務を担当している人」に回答を依頼。N=949

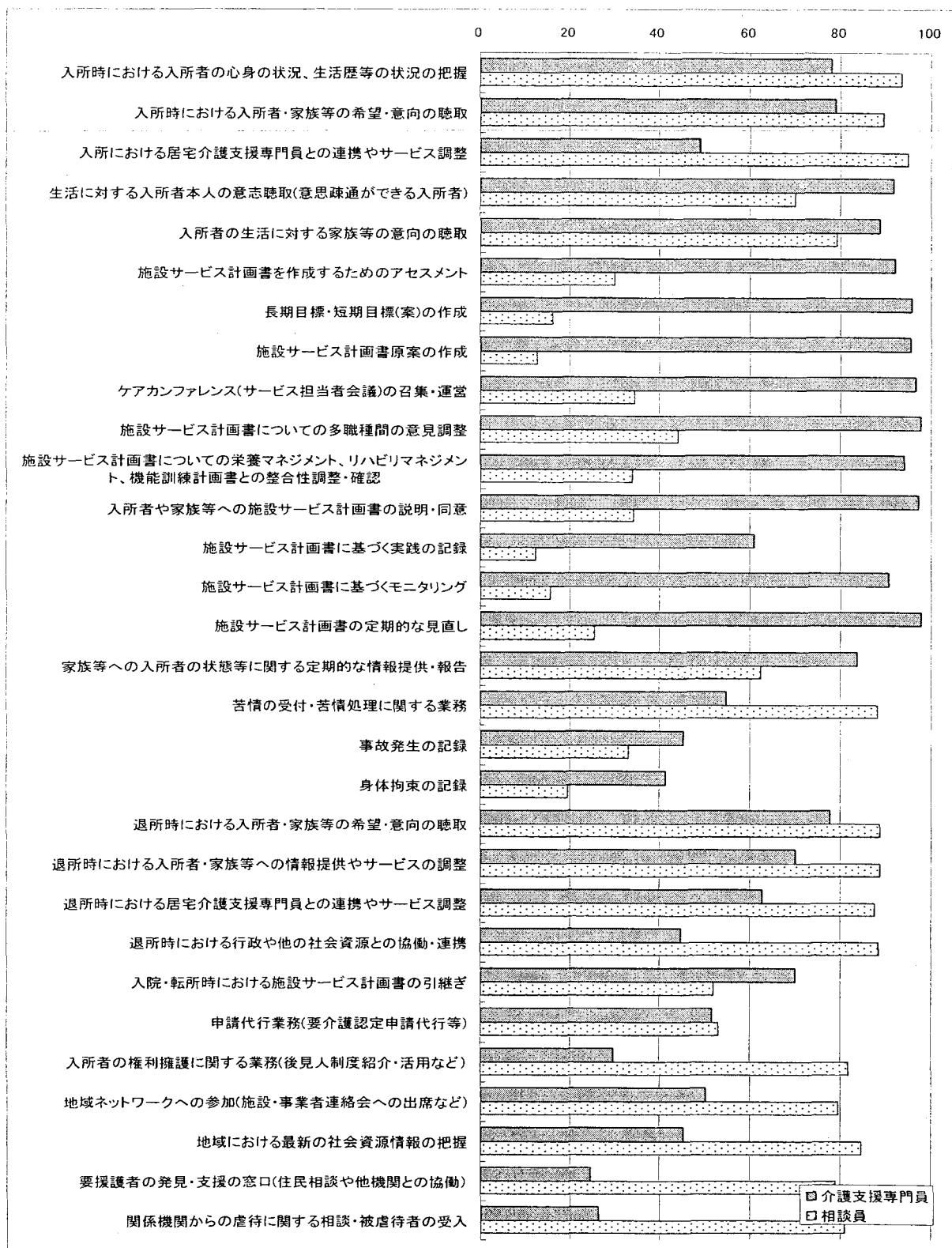


【平成19年度「施設におけるケアマネジメント手法および介護支援専門員のあり方に関する調査研究事業」報告書】

◆業務の実施者（介護支援専門員と相談員）【介護老人保健施設】

介護老人保健施設では、介護支援専門員の他に、「相談員」の入所・退所にかかる業務や地域との連携に関する業務等の実施率が高い。「施設サービス計画書に基づく実践の記録」「事故発生の記録」「身体拘束の記録」については、看護職員、介護職員の実施率が高い。

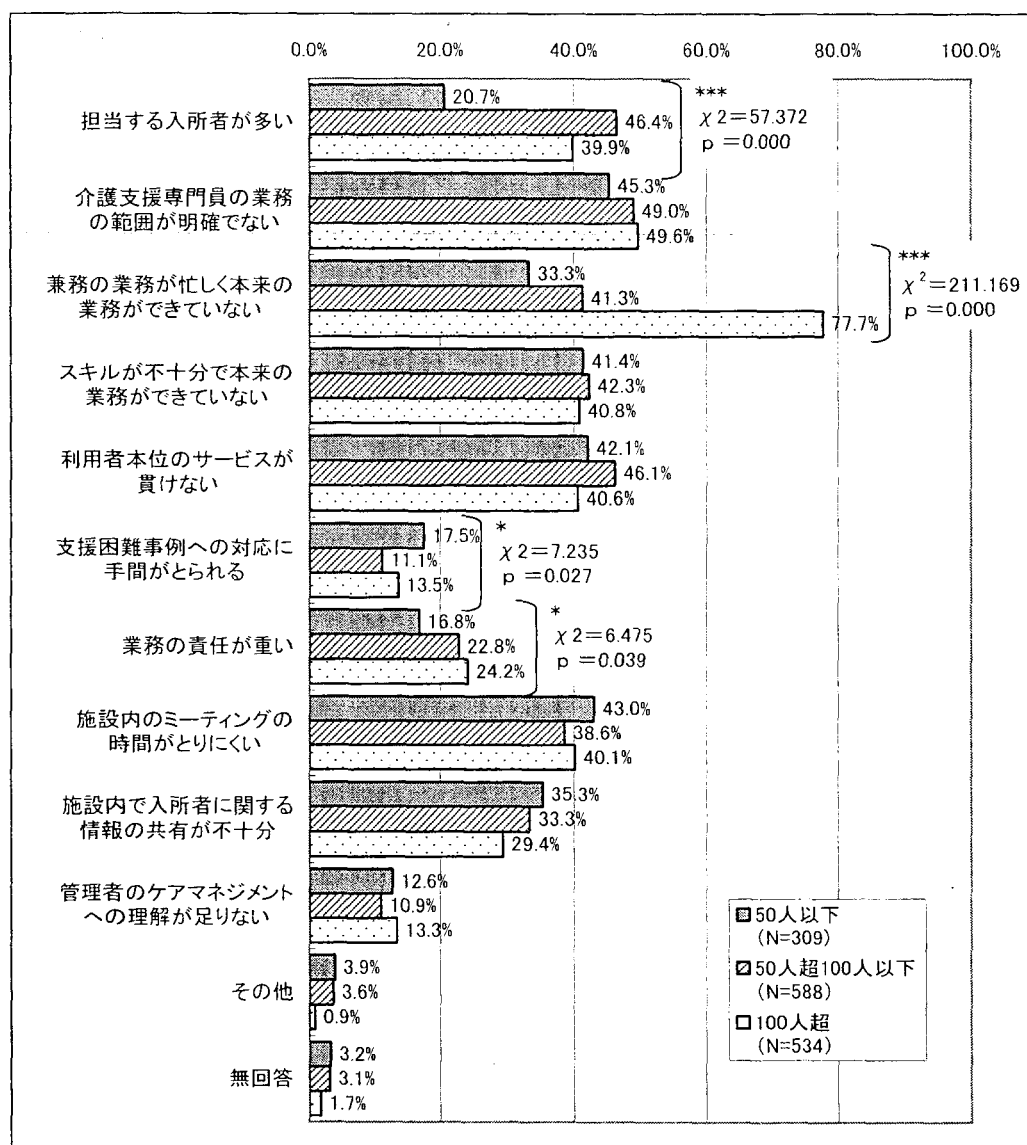
※各施設において「介護支援専門員として中心的に業務を担当している人」に回答を依頼。N=534



【平成19年度「施設におけるケアマネジメント手法および介護支援専門員のあり方に関する調査研究事業」報告書】

◆施設の介護支援専門員が業務実施上抱えている悩み

業務上抱えている悩みについても、担当入所者数が多い施設の介護支援専門員の方が、「担当する入所者数が多い」「兼務の業務が忙しく本来の業務ができていない」「業務の責任が重い」の回答が多い傾向がみられた。



「50人以下」「50～100人以下」「100人超」の3群間で、各選択肢に有意差があるかどうか χ^2 検定を行ったもの。 $p < 0.05$ の項目のみ χ^2 値、 p 値を表示。

【平成19年度「施設におけるケアマネジメント手法および介護支援専門員のあり方に関する調査研究事業」報告書】

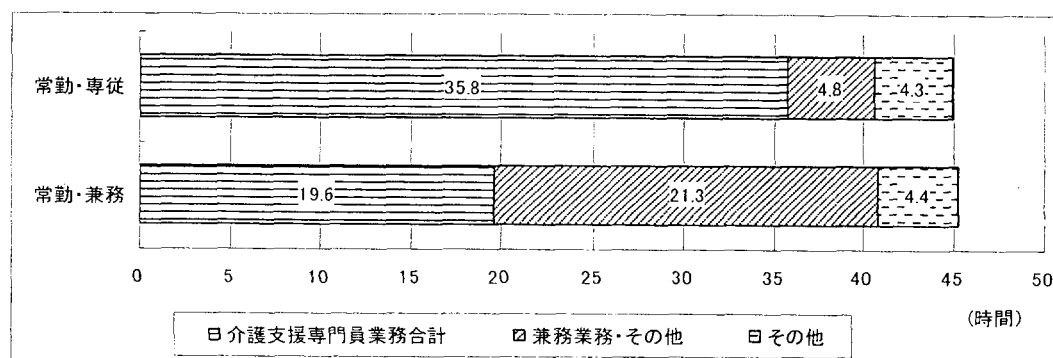
◆介護支援専門員 1 人あたり業務時間（1 週間）；勤務形態別

○調査期間（1 週間）に介護支援専門員が勤務した時間は、1 人平均 44.8 時間であった。介護支援専門員業務を行った時間でみると、平均 25.9 時間であり、「常勤・専従」が 35.8 時間、「常勤・兼務」が 19.6 時間となっている。

○介護支援専門員業務のうち、「入所・退所関連業務」2.2 時間、「ケアマネジメント業務」21.1 時間、「その他業務」2.6 時間となっている。

（単位；時間）

	N数	勤務時間合計	介護支援専門員業務合計	入所・退所関連業務	ケアマネジメント業務	その他業務	兼務業務・その他	その他
全体	170	44.8	25.9	2.2	21.1	2.6	14.4	4.5
勤務形態別								
常勤・専従	68	44.9	35.8	2.9	30.1	2.7	4.8	4.3
常勤・兼務	99	45.3	19.6	1.9	15.2	2.6	21.3	4.4
非常勤・専従	1	27.2	27.2	0.0	27.2	0.0	0.0	0.0
非常勤・兼務	1	16.0	7.3	0.0	7.3	0.0	8.8	0.0
無回答	1	41.3	3.8	0.0	3.8	0.0	0.0	37.5



○介護支援専門員業務の内訳をみると、最も長いのが「施設サービス計画書の作成・見直し」323.0分、次に「実践の記録、モニタリング」162.8分、「入所者のアセスメント・意見聴取、相談対応」131.2分、「施設内の他職種との連携・調整」128.7分、「サービス担当者会議・ケースカンファレンス等の会議開催・出席」117.7分であった。

○施設種類別に、常勤・専従の介護支援専門員業務の内訳をみると、入所・退所関連業務や「新規入所者へのサービス計画書の作成」「施設サービス計画書の作成・見直し」については、介護老人保健施設の方が長い傾向にあり、「実践の記録・モニタリング」については、介護老人福祉施設の方が長い傾向がみられた。

【平成 21 年度「老人保健施設、特別養護老人ホームに配置されている介護支援専門員の役割と評価等のあり方の調査研究事業」報告書】

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会

平成21年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）事業

要介護者の状況に応じた適切なサービスの提供と利用者負担の在り方についての調査研究 報告書サマリ

1. 事業目的

特別養護老人ホーム及び居宅サービス利用者及び家族に対し、利用に係る経済的負担感や意識、負担者の収入の実態等の調査分析を通して、利用者負担の在り方を提言する。

2. 事業内容

- (1) 特別養護老人ホーム及び居宅介護支援事業所における介護サービス利用状況及び利用者・利用者家族等の経済状態のアンケート調査の実施
- (2) アンケート調査協力施設及び利用者・利用者家族等へのヒアリング調査の実施

3. 事業結果

I 特別養護老人ホームにおける利用状況調査から

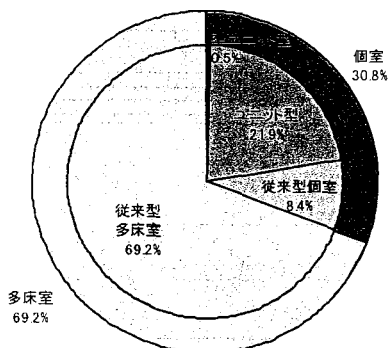
(1) 調査の対象、属性

- ①調査対象 100 施設のうち 56 施設から回収、回収サンプル数は 2,249（回収率 36.4%）
- ②回答者の平均年齢は 86.23 歳、平均要介護度 3.9、男性は 20.9%、女性が 79.1%

(2) 調査結果の概要

- ①入所中の居室タイプは、個室が 30.8%（うちユニット型 21.9%）、多床室が 69.2%
（厚生労働省 介護サービス施設・事業所調査によれば、個室比率は 28%、うちユニット型の比率は 18%）

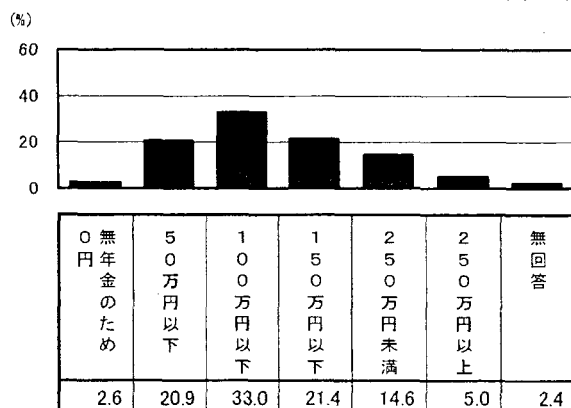
入居中の施設および居室タイプ（N=2249）



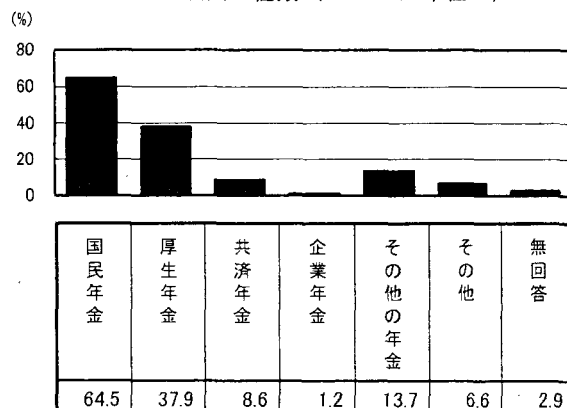
- ②入所者の年収総額の分布は、100 万円以下が 53.9% を占め、50 万円超～100 万円以下の層が最も多い。

収入の種類では、国民年金が 64.5%、厚生年金 37.9% であり、被用者年金の合計は 46.5% と全体の半数に満たない。

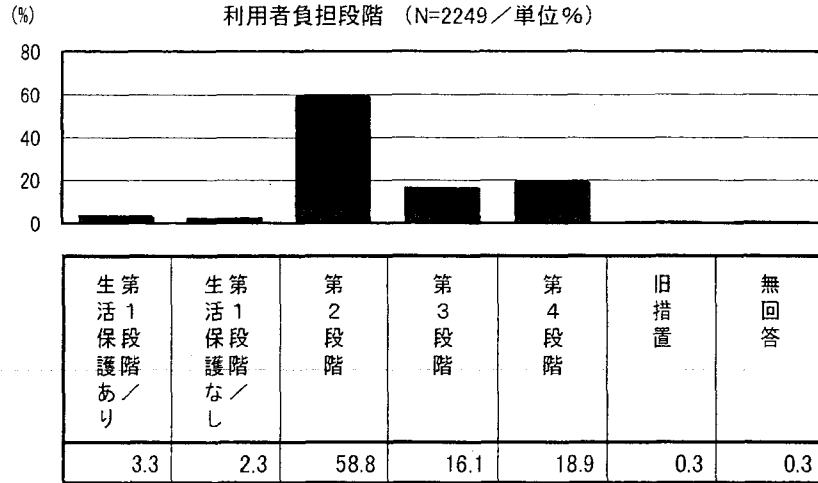
入所者の年収総額（N=2249／単位%）



収入の種類（N=2249／単位%）



③利用者負担段階では第2段階が最も多く58.8%を占める。



注) 施設サービスの入所者負担が重くならないように、所得の低い入所者には負担の限度額が決められている。

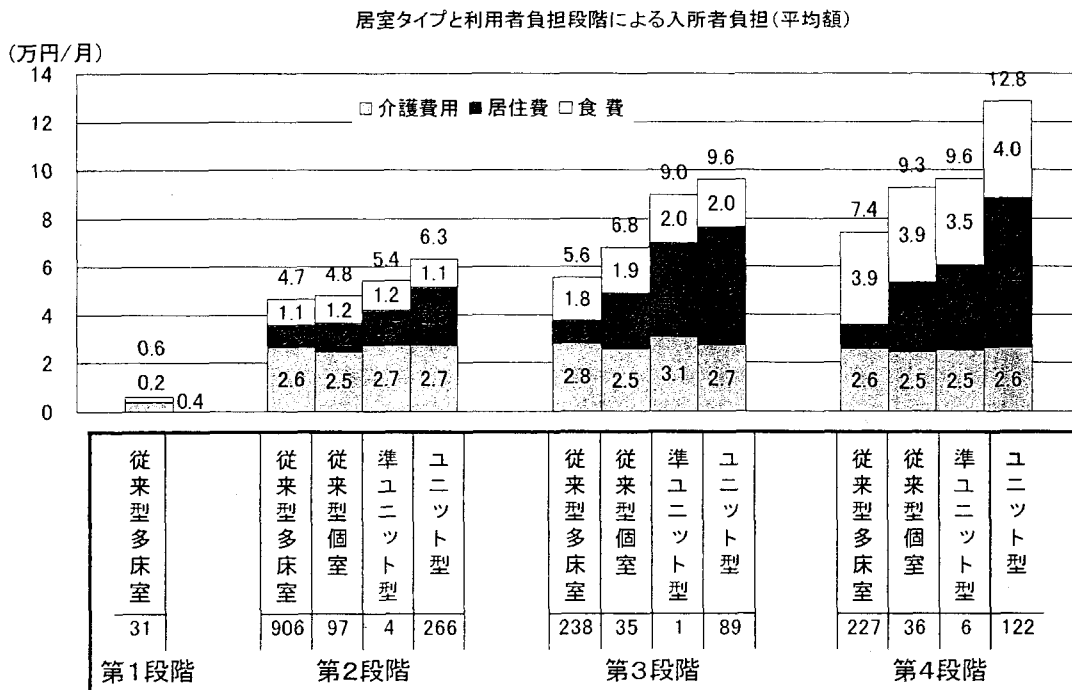
入所者は世帯所得に応じた4つの段階に分けられた負担限度額までを自己負担し、基準費用額と負担限度額との差額は介護保険が負担する。

利用者負担段階	対象となる人(市町村民税世帯非課税)※
第1段階	高齢福祉年金受給者、生活保護受給者
第2段階	合計所得金額+課税年金収入額が年額で合計80万円以下など
第3段階	合計所得金額+課税年金収入額が年額で合計80万円超(年金収入だけの場合、80万円超の市町村民税世帯非課税者)
第4段階	(全額自己負担)

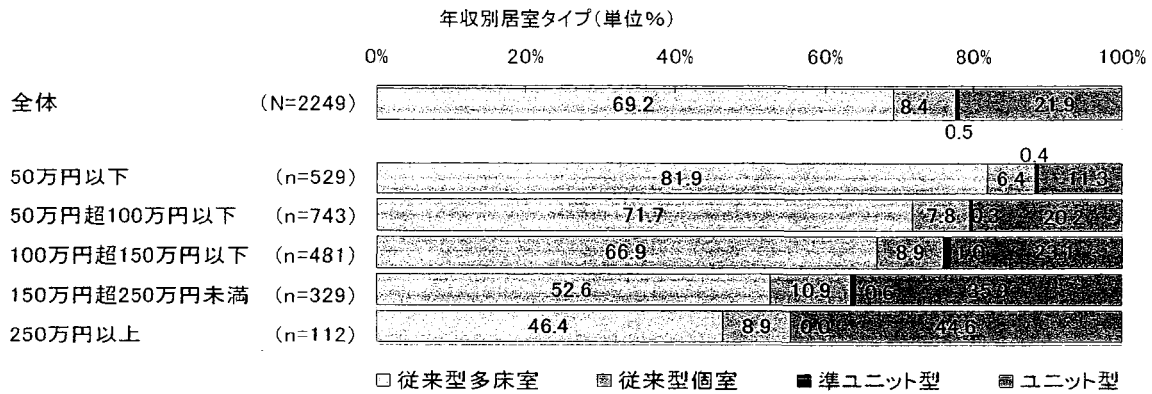
※市町村民税課税層でも、高齢夫婦世帯の一方が施設に入所し、食費・居住費の負担により残された配偶者の在宅生活が困難になるような場合は、第3段階とみなされる。

④利用者負担段階ごとの居質タイプ別入所者負担の平均額は、特に居住費によって大きく変動する。

また、居室タイプと入所者の年収は相関関係にあり、経済的な状況が居室タイプの選択に影響を与えている。



注)居室タイプの下は数字は、n(回答数)を示す。



<ヒアリング、アンケート自由コメントより>

- ・「特別養護老人ホームの費用以外に、病気のため本人の入院費用が必要」
- ・「利用者負担を入所者の国民年金の範囲に抑えたい」
- ・「介護報酬改定により利用料個人負担の引上げ、医療費負担の増加、要介護度が重くなった場合の施設利用料の増加等があれば、どうすればよいのか不安」
- ・「現状は何とかこなしているが、将来的にどうなるか不安」

総括・提言

- 特別養護老人ホームに入所している要介護者の経済状態は、国民生活基礎調査などで報告されている一般的な高齢者の所得と比べると、極めて低水準であり、経済的になんらかの問題を抱えていると思われる者が多い。実際、被用者年金を受給している者は多くなく、老齢基礎年金（月額換算で6万円程度）が生活の糧である者が多数である。
- また、現行の特定入所者介護サービス費（いわゆる補足給付）の対象となる利用者負担段階の第1段階から第3段階の者が入所者のおよそ8割を占めている。
- ユニット型個室の場合、現行の補足給付を活用しても、入所者の負担額（平均額）は6万円超（第2段階）から12万円超（第4段階）となっており、本人の所得額を超えると推測されるケースが多い。
（本調査研究での別のデータで、家族が費用補填をしているケースは約6割あり、そのうち負担感を感じているケースは約8割と、家族の負担に依存している比率が大きいこともわかった。）
- この意味で、現行の補足給付の存在意義は大きい。仮に補足給付がなくなり、食費・居住費が全額自己負担となると、施設入所を継続できなくなる利用者が多数あると思われるし、家族の生活も破綻する場合も少なくないだろう。
- そして同時に、優れたケアの方式として特別養護老人ホームに積極的な導入が促されてきたユニット型個室は、費用負担の面から考えると、高齢者の所得（年金の給付）レベルと齟齬があると言える。
- 一方、現行の補足給付は保険給付として行われており、本来的な保険原理に反すると言われる。そのため、これを公的扶助の一環として一般会計で賄うべきという指摘がある。しかしながら、現実に公的扶助として実施するとなると、資産調査（ミーンズテスト）の行政コスト・手間がかかること、利用者・家族のスティグマは避けられないこと、一般会計からの支出となることで自治体にとっての公費負担が大きくなり保険者・自治体が難色を示すことが予想されることといった問題が推測される。このことから考えると、補足給付は保険給付の一環で実施される方が現実的であろう。
- 現行の補足給付は世帯の所得に着目したものであり、施設入所を契機に特養に住民票を異動するため、結果的に世帯を分離することになる。そうしない場合、家族が施設入所の費用を重く負担しなければならなくなることも調査結果としてわかった。このように家族に経済的負担を求める施策は今日的とは言えない。こうしたことから、補足給付は、あくまで本人の所得に着目して行われるべきと考える。

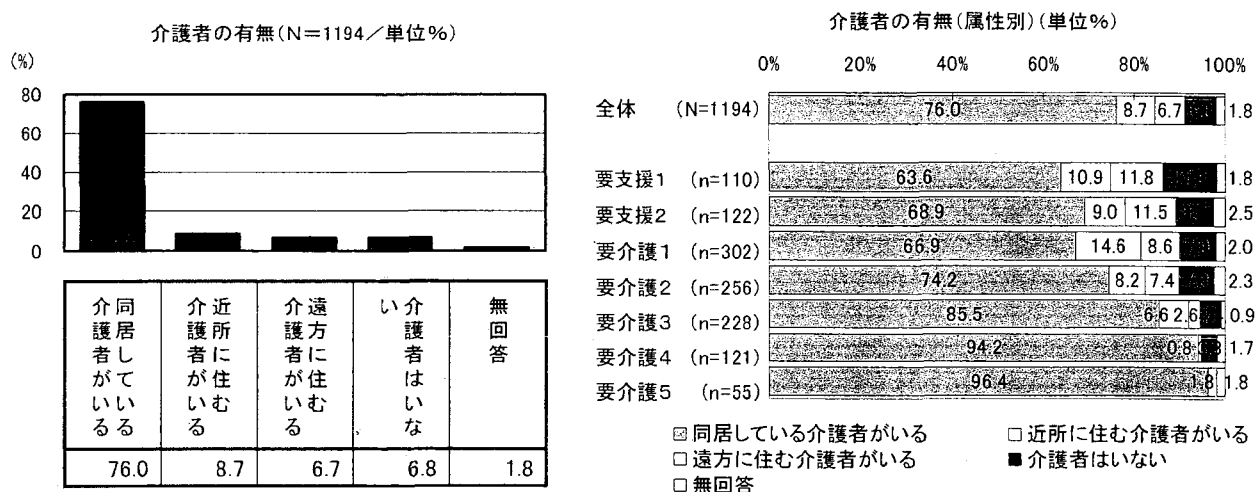
Ⅱ 居宅サービス利用者における利用状況調査から

(1) 調査の対象、属性

- ① I の調査対象の特別養護老人ホーム 100 施設のうち、居宅介護支援事業所併設の 78 事業所を対象に実施。うち 41 施設から回収、回収サンプル数は 1,194 (回収率 30.2%)
- ② 回答者の平均年齢は 83.49 歳、男性は 30.6%、女性が 69.4%
- ③ 要介護度で最も多いのは要介護度 1 で 25.3%、次いで要介護度 2 の 21.4%、要支援段階 (要支援 1 及び要支援 2 の合計) の 19.4%、要介護度 3 の 19.1%

(2) 調査結果の概要

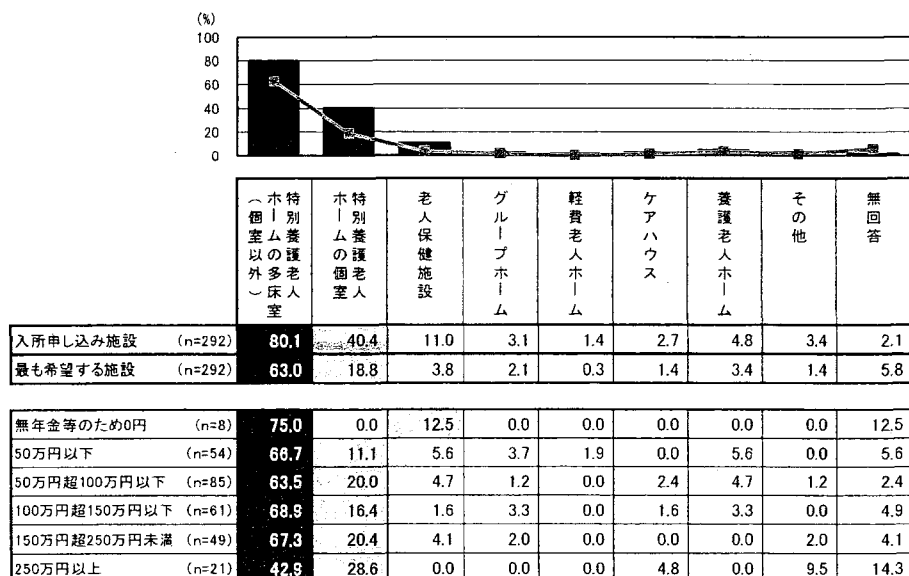
① 介護の有無をみると、同居している介護者がいる割合が 76.0%、利用者の要介護度が重度化するにつれて介護者が同居する比率が高まり、要介護度 5 ではほぼ全員同居の介護者がいる。



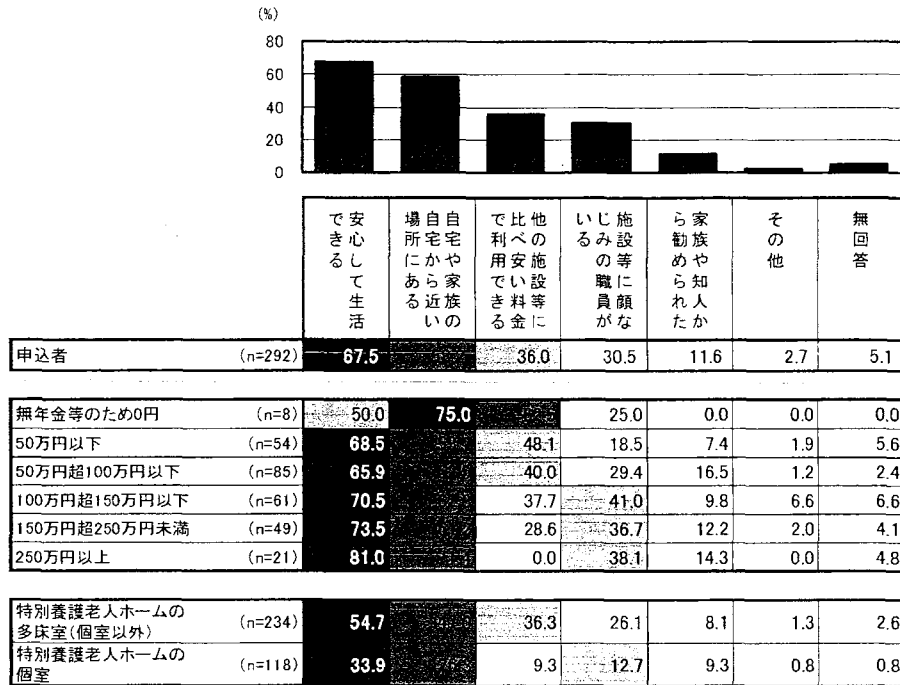
② 居宅サービス利用者のうち 24.5% が施設への入所を申し込んでいる。最も入所希望が高い施設は特養の多床室 (個室以外) で 63.0% を占め、次いで特養の個室の 18.8% であり、併せて 8 割を超えている。年収が 250 万円以上になると、希望する居室タイプの多床室 (個室以外) と個室の差が小さくなっている。また、入所希望理由については「安心して生活できる」が 67.5% で最も多く、経済的な理由だけでなく、生活施設としての環境が重視されている。

入所を申し込んでいる施設と最も入所を希望する施設 (N=292/単位%) * 複数回答

* 最も入所を希望する施設は単一回答



入所希望理由 (N=292/単位%) * 複数回答



<ヒアリング、アンケート自由コメントより>

- ・「老人が老人を介護する場合、待機期間中の介護が長引けば体力、精神力が続かない」
- ・「待機期間がどれだけかかるかわからなくて不安だ」
- ・「入所待ちに時間がかからぬよう、施設を増やしてほしい」
- ・「新設施設がユニット型中心なのは困る。料金の安い部屋を残してほしい」

総括・提言

- 居宅サービス利用者では、重度化すると家族が同居せざるを得ないケースが多い。
- これは、施設入所におけるケアは24時間365日の生活援助(家事)・介護・医療などのパッケージメニューであるのに対し、居宅サービスでは個々のサービスを選んで組み合わせる形となるため、家族の介護負担を背景として成り立っているものと考えられる。居宅での生活を制度的に促していくとすれば、本当にこうしたパッケージメニューを地域で提供できるのか否かが問われるだろう。
- 施設入所を希望して入所申し込みを済ませている居宅サービス利用者においては、特別養護老人ホームの多床室を申し込んでいるものが約8割である。最も希望する施設も特別養護老人ホーム多床室で約6割を占めた。さらに、特別養護老人ホーム申込者で多床室と個室の申込者のそれぞれの特徴をみると、所得との間に相関関係が見られる。
- 前述したとおり、実際の高齢者の所得レベルは高くなく、現実的な経済状況からユニット型個室を希望しない利用者も多いと言える。
- 申込者においては、新設施設ではユニット型が中心になっていることから、利用料支払いを懸念する声もあった。また、入所待機にあまりにも時間がかかることを懸念する声もある。こうしたことから、利用者(家族)は従来型多床室の充実を求めているようにうかがえた。
- これらのことから、所得レベルに応じた多様な施設類型が求められ、ユニット型や多床室がバランスよく整備されることが望ましいのではないと思われる。

要介護認定システム廃止・簡略化論についての意見

介護給付費分科会委員(龍谷大学教授) 池田 省三

最近、介護保険の要介護認定制度について、その廃止や簡略化を求める論議が見られ、介護保険部会でも一部の委員が主張されているようである。しかし、認定の廃止は介護保険制度を崩壊させ、簡略化も利用者に多大な支障を与えるものである。

認定の廃止・簡略化は、介護給付費にも重大な影響を与えることから、当分科会委員として、以下に意見を述べる。

これまで、介護保険が円滑に運営できたのは、公正なサービス配分が行われてきたことによっている。かつての「社会福祉の措置」の時代は、受給者、サービスの種類と量、負担額までもが、市町村の裁量によって決定されていた。しかし、介護保険施行以降は、「どれだけの介護の手間がかかるか」を科学的に判定し、それによってサービス利用を保障することとなった。だからこそ、介護保険は国民から納得され、支持されてきた。

社会保険は保険事故を明確に定義して、これに該当する場合、給付を行う仕組みであり、要介護認定は保険事故の定義に当たる。したがって、その廃止・簡略化は介護保険制度を根底から覆す。

また、介護保険施行直後の調査では、認定システムは国民の4分の3の支持を受けており(資料1)、現在も、認定廃止を主張する者が代表する組織でさえ、認定廃止を求める会員は少ない(資料2)。現行の認定は国民に信頼されているのである。

認定が要支援1～要介護5までの7ランクに区分されていることに対して、3段階程度に整理すべきとの意見も見られる。たしかに、独、仏、韓等では3～4の区分となっている。しかし、これらの国は日本の要支援、要介護1等は給付対象としておらず、ほぼ日本の要介護3～5に該当する者を対象としている。つまり、日本の要介護区分とほとんど変わらないものなのである。要支援のような介護以前の虚弱高齢者、要介護1のような軽度要介護高齢者にサービスを保障しているのは、北欧を除いて日本ぐらいであるということをもっと考えるべきであろう。

現行の7区分を3段階にすると、利用者に大きな不利益を与える。要介護度が改善された場合、利用サービスの大幅な減少につながり、継続的なサービス利用が阻まれることとなる。のみならず、給付水準を一部引き下げる恐れも強い。(資料4)

要介護度を松竹梅の3段階にし、ケアマネジャーを中心に認定をまかせ、それぞれ20万、30万、40万円まで使えるようにせよ、という恐るべき主張もみられる。ただでさえ、多忙なケアマネジャーに認定の社会的責任を負わせ、それで公正な認定が担保されるのだろうか。本人・家族らの強い要求に対して、何の権限も持たないケアマネジャーに説得の義務を持たせることができるのだろうか。際限のないサービス要求を認めれば、介護保険財政の破綻は必至である。

認定によってサービス利用が制限されているという指摘もある。しかし、これは全く現実を見ていない論議である。要介護度別に見た在宅サービスの平均利用額は、いずれも支給限度額の半分程度であり、かりに1ランク低く認定されたとしても、利用に支障のないケースが大部分を占めている。利用額の分布を見ても、支給限度額前後まで利用している受給者はきわめて少ない。(資料5) もちろん、このような利用状況が望ましいものであるかは、論議のあるところである。しかし、認定システムがサービス利用を制限しているというのは、全く根拠のない主張であることは自明である。

認定システムは、国際的に高い評価を得ており、科学的かつ中立・普遍的な制度とされている(資料6)。また、介護サービス保障にあたって、いずれの国も認定ないし基準を策定している(資料7)

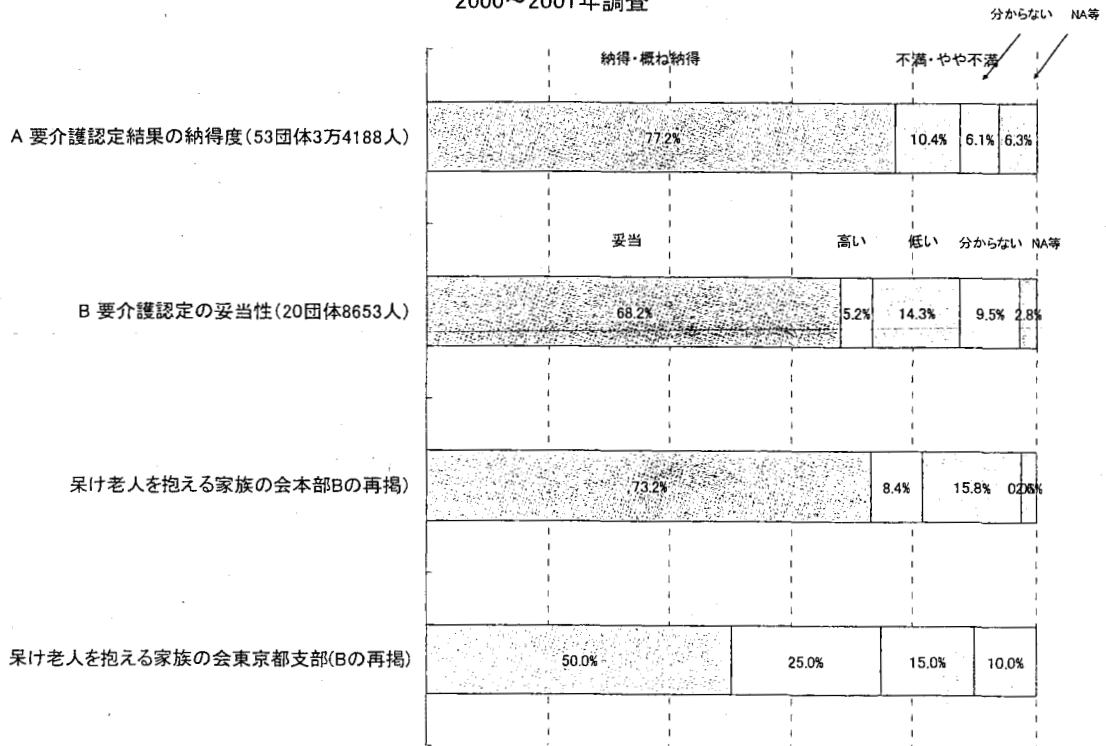
要介護認定2009年版の実施における厚生労働省の失態(「介護を必要としない=自立」等の記述、批判への迎合的な「経過措置」の実施等)により、認定システムに不信感が広がった。政権交代により、これまでの行政の在り方を検証抜きで否定するという風潮とも重なり合って、このような論議が登場していることは、深刻に憂慮すべき事態である。

認定廃止・簡略化は、社会的公正さを欠き、財源の見通しも考えない無責任な論議である。介護保険の崩壊に繋がる自殺行為として、明確に否定されなければならないものと考ええる。

以上、この意見は介護保険部会にもお伝え願いたい。

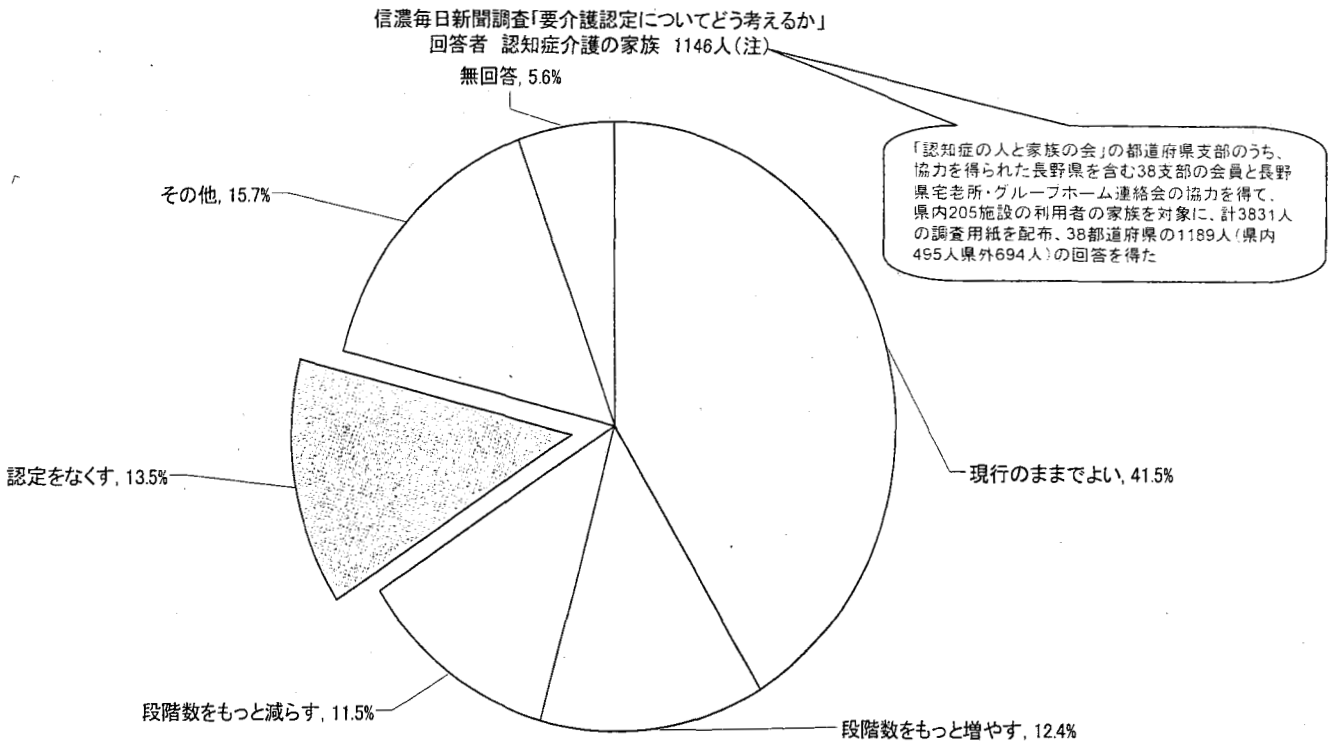
介護保険施行直後の要介護認定は、認知症家族も含め75%が納得

要介護認定結果の納得度・妥当性
2000～2001年調査



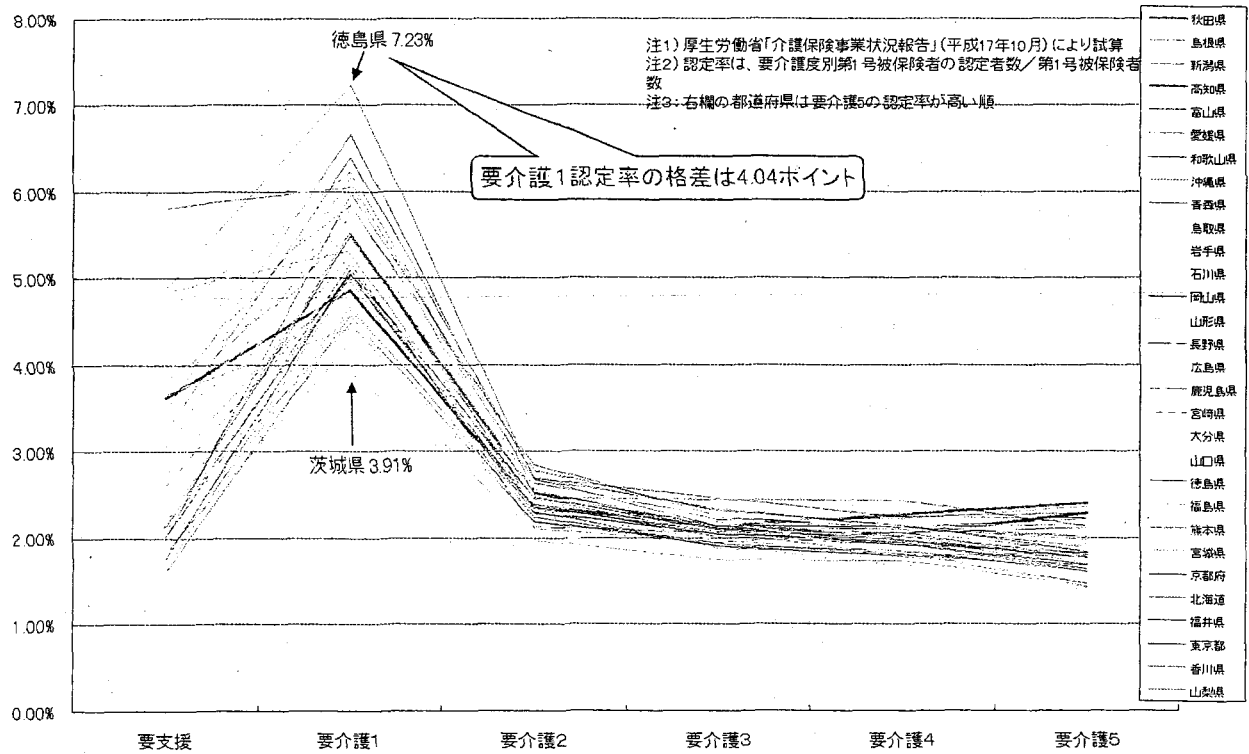
市町村・関係団体の調査による。AとBの総計すると、納得・概ね納得、妥当・高いは75.4%を占める。

現在は、認定システムについて認知症家族の半数近くは現行を支持



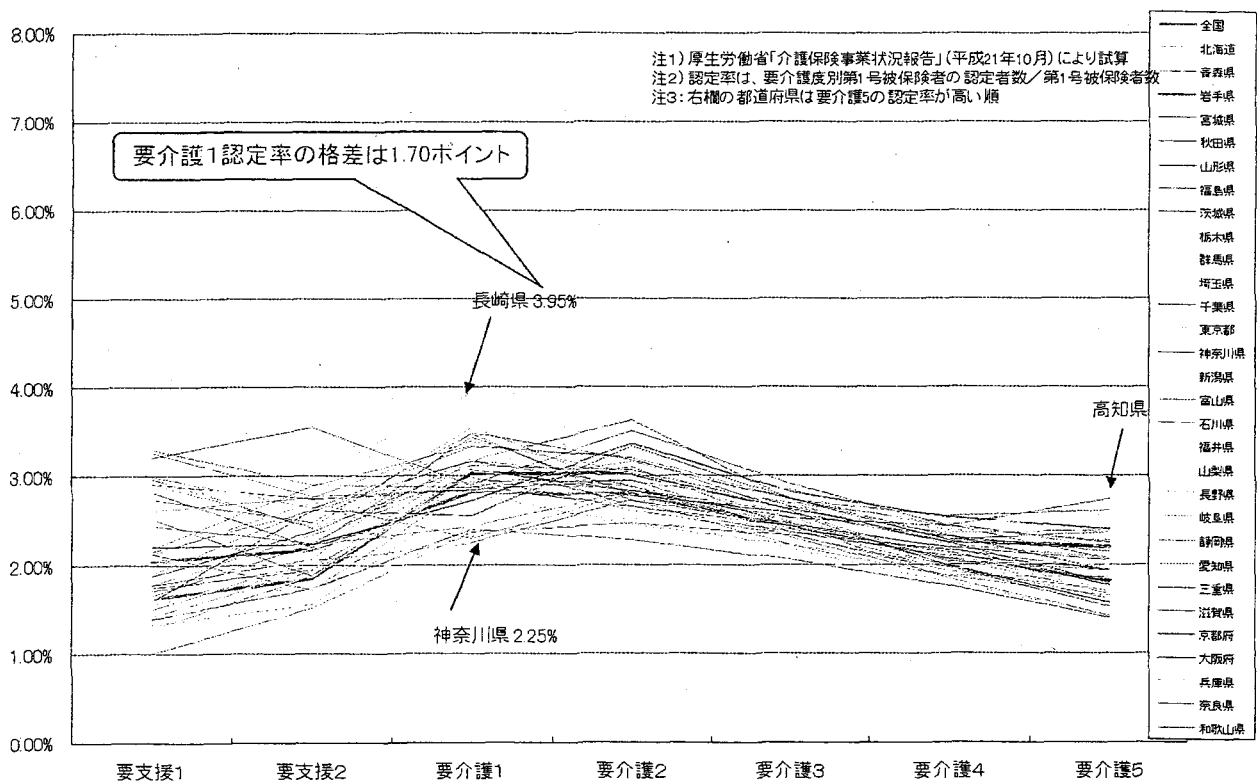
2005年改正前は軽度の認定率格差が大きい

都道府県別・要介護度別 第1号被保険者の認定率 平成17年10月

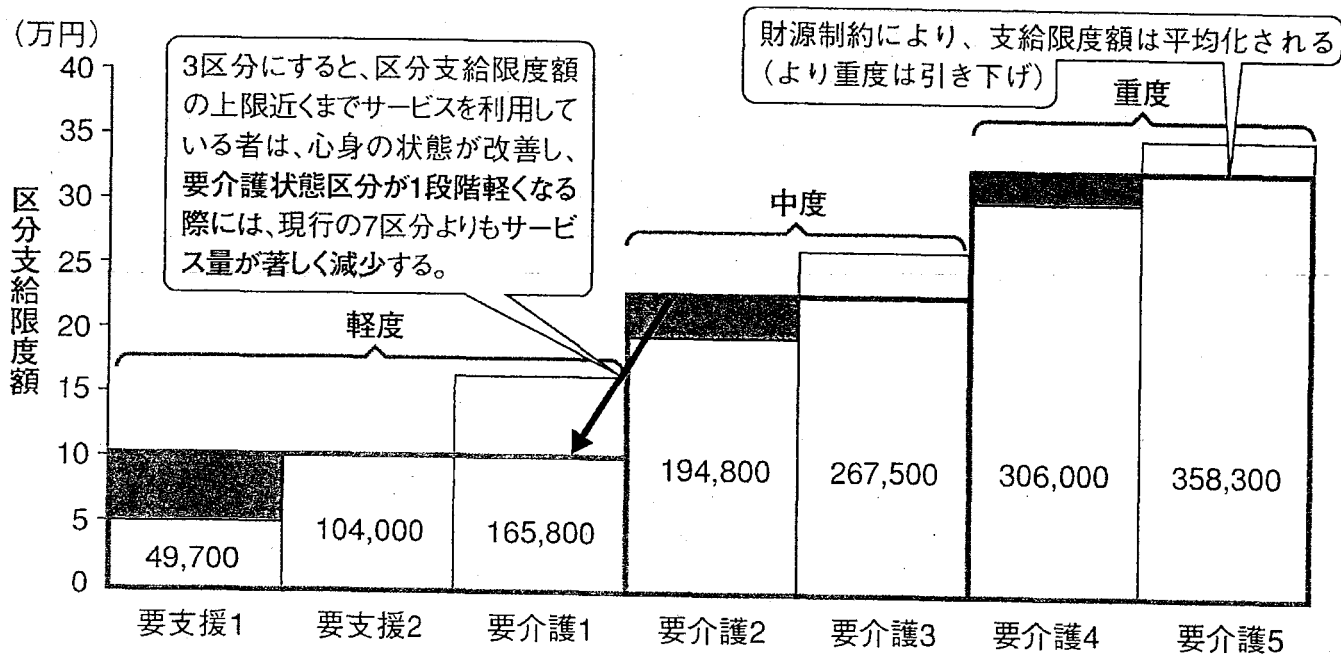


2005年改正後は認定率のばらつきが大幅に改善

都道府県別・要介護度別 第1号被保険者の認定率 平成21年10月

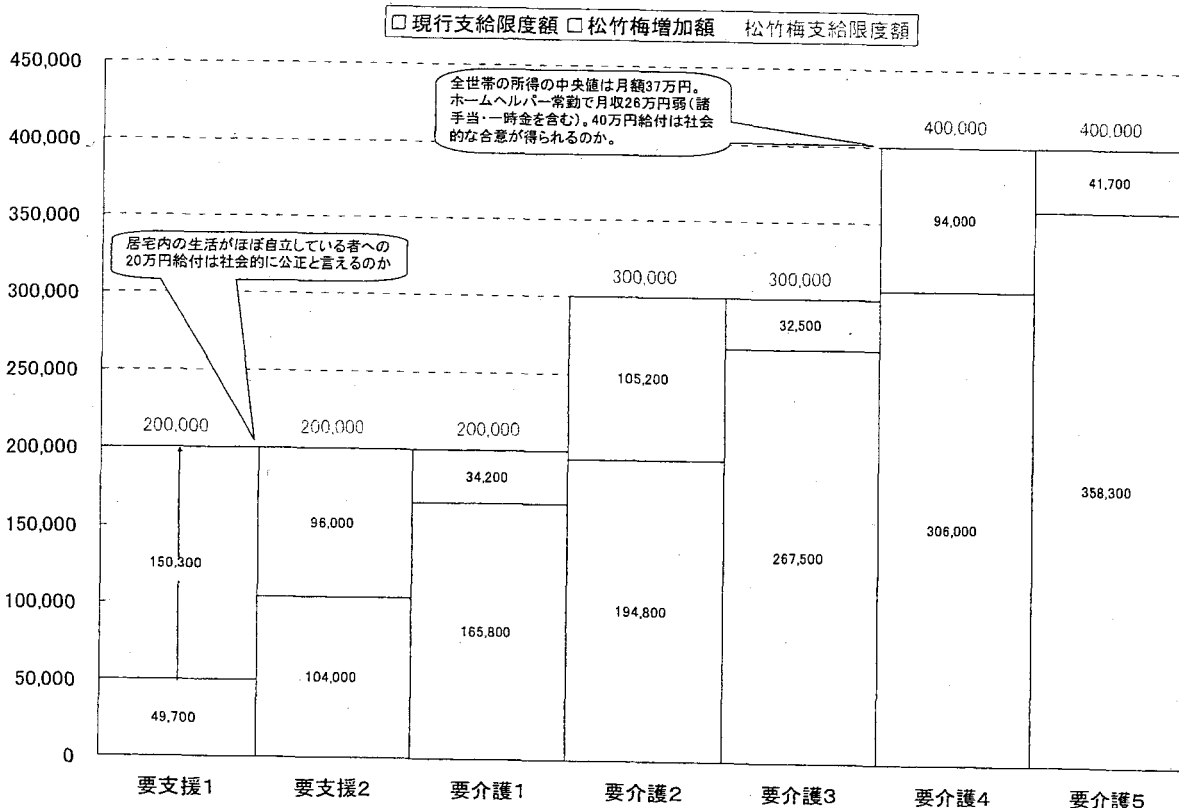


要介護度の簡略化は利用者に大きな不利益を生じさせる



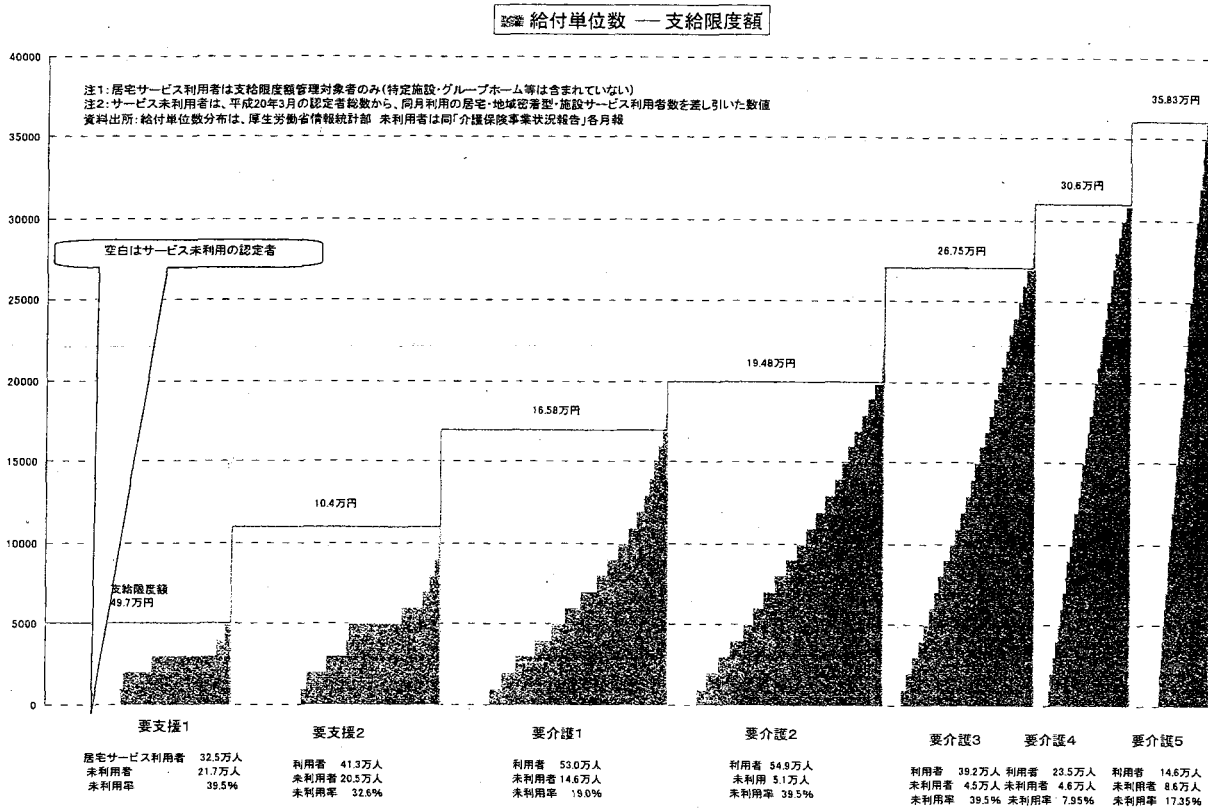
支給限度額の水準は社会的な合意が必要

「松竹梅」認定方式の在宅サービス利用限度額



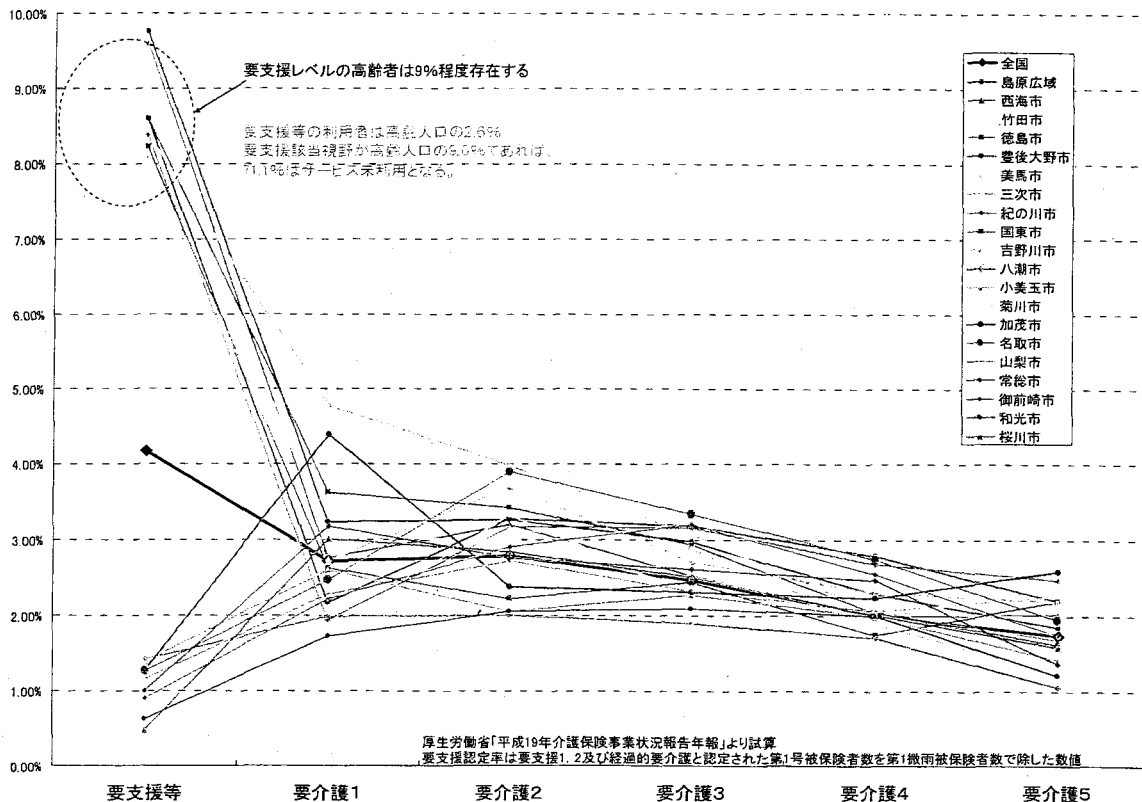
認定による在宅サービス利用額の制約は見られない

在宅の認定者におけるサービス給付単位数の分布 平成20年4月審査分



要支援レベルの高齢者は9%程度存在し、うち7割強はサービス不要？

第1号被保険者の要支援認定率の上位10市と下位10市



わが国の要介護認定に関する諸外国からの評価(1)

アメリカ研究者における指摘

- オランダやフィンランド、イギリスの様な政府のサービス給付においては、専門職種による総合的なアセスメントによる主観的な評価が通常であるが、これらは個人のニーズや環境への適用に対して責任を負うものであるが、普遍的なプログラムという文脈においては政治的に受け入れられない傾向がある。それに対して、日本の介護保険の様な客観的評価は、サービス提供の機会を平等にするものとして評価。
 - Kassener and Jacksonによると、ADLよりIADLにケアはより必要だということであるが、こうした状態を評価するにはより複雑なアセスメントが必要になるが、日本の介護保険はこれを実現している一つの例として評価。
- (Mark Merlis. Long-Term Care Financing: Models and Issues Prepared for the National Academy of Social Insurance Study Panel on Long-Term Care 2004.)

イギリス研究者における指摘

- 日本のニーズアセスメントに使われている方法は、アセスメント項目に身体と精神の項目がバランスよく入っていること、あるいはコンピューターの使用等、特に洗練されていて、いろんなところで取り入れられる可能性があるとして評価。
 - また、日本の認定方法はニーズベースの全国統一のアセスメントに基づいて成り立っており、この点において、日本はこのようなアプローチの導入に成功している数少ない国の一つであるとして評価。
- (Martin Karlsson. International Comparison of Long-Term Care Arrangements. 26 April 2004, Les Mayhew, Robert Plumb, Ben Rickayzen)

わが国の要介護認定に関する諸外国からの評価(2)

ドイツ研究者における指摘

- ドイツでは、連邦保健省に設置された検討委員会において、要介護認定の見直しに関する検討が進められてきた。その背景には、ドイツでは、具体的な日常生活活動(排泄、入浴、食事、衣服の着脱、就寝・起床など)に関する援助の必要性だけが要介護認定の基礎となってきたことがある。このため、例えば、認知症高齢者の場合に必要となる一般的な付添・見守りの必要性などが要介護認定においては考慮されないなどの問題点が指摘されている。
 - 2007年から2008年にかけて行われたビーレフェルト大学(シェーファー教授)を中心とする研究班による調査研究では、ドイツでの検討に役立てるため、諸外国の要介護認定システム、特に日本とイギリス(FACE)に関する詳細な調査が実施され、その中で、日本の専門家との意見交換も実施された。
 - 2008年3月にまとめられた同研究班の報告書には、このミーティングは要介護の審査に関する基本問題の解決にとって示唆に富むものであった旨の記述があり、ADL等の身体的な要素以外を客観的な手法によって把握する日本の要介護認定について一定の評価を行っている。
- (Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten – Überarbeitete, korrigierte Fassung – Bielefeld, 23. März 2007)

オーストラリアの報告書における指摘

- 日本の介護保険制度における要介護認定によって、要介護度を定め、その区分ごとに上限支給額を決めるという枠組みは、結果的に早期の介入を促進し、またさらなる悪化を防ぐ方法であり、高齢者の健康な自立を促進させているものとして評価。
- (Mr Chikara Sakaguchi・Bronwyn Bishop A comparison of aged care in Australia and Japan. Commonwealth of Australia 2001)

わが国の要介護認定に関する諸外国からの評価(3)

スウェーデン研究者における指摘

- 日本における要介護認定制度は、必要性に応じて提供する介護の平等性を保ち、すべての人に対して同等の保障を確約できるものであり、中でも、全国で一律の精巧で様式化されたシステムを使って、患者の介護の必要性を判断することが際立っているところであると評価。
- 日本の介護保険制度は、少なくとも一見した限りでは、患者にとって安心のでき、法律的にも平等な必要介護等級の判定システムを持っているようだと評価。(Mårten Lagergren & Noriko Kurube, Socialstyrelsen. Insatser i äldreomsorgen i förhållande till behov – en jämförelse mellan Japan och Sverige)

韓国研究者における指摘

- 日本の要介護認定が高齢者の状態像をそのまま評価するのではなく、介護サービスの必要性に変換し、その程度を評価している点に高い独自性がある点を評価。(安 ソヒ. 老人長期療養保険制度の導入による問題点及び改善方案に関する研究. 牧園大学 産業情報大学院. 社会福祉学 2007, 22-23)。
- 韓国の長期療養保険制度が保険給付対象者が1~3等級と狭いことに言及したうえで、この判定方法についても日本の認定方法と比較すると、韓国の制度は主観的要素が強い項目が多い点が問題点であるとの指摘があり、また、介護予防という軽度要介護高齢者を含む日本の介護保険制度の給付対象の広さとともに、予防給付の判定においても客観的な評価が用いられていることを評価。(ソウン ドク. 日本介護予防事業の実態と示唆. 保健福祉フォーラム, 第131号, 97-109, 2008, 107-108)

資料7

諸外国の介護保障システムも要介護度の区分が一般的

	日本	イギリス	ドイツ	フランス	フィンランド
プログラム	公的介護保険	①国民保健サービス(中央) ②社会的サービス(地方) ③社会保障給付(社会手当)	公的介護保険	①自律手当(APA) ②社会扶助	①社会サービス ②保健サービス ③親族介護支援
財源(税、保険料)	保険料50%、一般税50%	一般税	保険料	一般税	一般税
認定機関	市町村の介護認定審査会の判定(1時判定はコンピュータ)	地方自治体。社会サービス部によるコード評価レベルの決定	疾病金庫が州レベルで設置するMDKの判定(を受けて、保険者=介護金庫が要介護の有無・要介護度を決定)。	県	自治体が召集するSASグループ(地域の社会・保健医療サービス関係者の会議体:ヘルスセンター医師、在宅サービス代表者、行政代表者、ナーシングホーム代表者等)
認定の区分数	7段階		3段階 (日本の要介護1-2は除外)	4段階	6段階
認定方法	1次判定:保険者(市町村)による要介護認定。訪問調査による74項目の調査結果のPC処理により判定。 2次判定:専門委員で構成する介護認定審査会において主治医の意見書等を加味して最終判定。	従来、各地方自治体の裁量で独自の利用基準設定。国が利用基準とアクセスに関するガイドライン「ケアへの公平な利用」を示した4段階の要介護度にもとづき、自治体が必要度レベルを決定。介護者も独自にアセスメントを受けることができる。		要介護調査:医療福祉チーム(最低、医師1名・福祉職員1名) AGGIR(自立喪失度判定尺度17項目)でGIR1(最重度)~GIR6(非該当)に分類。GIR5(排泄・食事準備・家事の部分的援助が必要)およびGIR6(非該当)はAPAの対象外。	自治体から派遣される訪問看護師等によるRAVAインデックス(13項目)を用いた訪問調査を実施。SASによるサービス認定。
認定区分別の給付上限(ドイツ、フランスは在宅ケアの場合)	要介護5: 358,300yen 要介護4: 306,000yen 要介護3: 267,500yen 要介護2: 194,800yen 要介護1: 165,800yen 要支援2: 104,000yen 要支援1: 49,700yen		(最重度) 4916EUR 要介護Ⅲ: 1470EUR 要介護Ⅱ: 980EUR 要介護Ⅰ: 420EUR	GIR1: 1202EUR GIR2: 1031EUR GIR3: 773EUR GIR4: 515EUR	必要度とケアタイプとの対応関係が標準化。 「要全ケア(ヘルスセンター付属病床)」 「要強化型ケア(ナーシングホームケア)」 「要監視下ケア(強化型ケア)」 「要監視下ケア(強化型在宅ケア)」 「要ケア(在宅)」 「要随時ケア(在宅・独立)」
認定の特徴	・要支援~要介護2等のドイツと比較し軽度者が保険給付対象者に含まれる。 ・認知症も認定対象に含めて対応。 ・給付額が他国に比べ全体的に寛大。	2004年からシングル・アセスメントプロセスが導入され、社会サービス部と地方保健当局が協働してアセスメント、ケアプラン作成、サービス提供・見直しをする取り組みが進行。	身体的要介護状況の認定。認知症の判定基準への反映は(財源悪化の懸念等から)困難とし、認知症高齢者の介護家族への従来給付+特別給付(年間460EUR)で対応。認知症等をふまえたコース定義にもとづくアセスメントツールを、新たに開発中。	判定ツールの信頼性やアセスメントプロセスの妥当性に関する議論が出てきている。(AGGIR判定の記載方法のガイドラインが2008年に改訂)。現在、新たな判定尺度(ケベック州で利用されているSMAFツール)が試行実験的に実施中。	RAVAが心理面・精神面の状況把握に弱いという問題が指摘され、認知症発見に有効なRAIの使用も普及しつつある。

出典)OECD(2005)、石井(2008)、増田編(2008)、山田(2002)、笹谷(2008、2009)、松本(2009)、日独仏3カ国シンポジウム資料(2009.2)。

認定区分※ドイツは2008年4月(在宅)、フランスは2007年12月(在宅)、日本は2008年時点。 - 8 -

「雑居部屋特養」の新設を許さない緊急集会へのメッセージ

2010年6月27日

NPO 法人高齢社会をよくする女性の会

理事長 樋口 恵子

日本国憲法前文には、国政の「福利は国民が享受する」とあります。憲法十一条には「基本的人権」がうたわれ、二十五条には「健康にして文化的な生活」の権利が定められています。そして介護保険法第一条には「尊厳を保持する介護」の文言が加わりました。

ああ、それなのに、特別養護老人ホームに雑居部屋へ逆戻りの動きがあるとは何ごとでしょう。

私たち高齢社会をよくする女性の会は四半世紀以上前の設立当初から「ついの住みかは個室が当然」と主張し、個室に固執しつづけてきました。それは憲法の前文、各条項の規定からみても、雑居部屋では基本的人権は満たされないし「健康で文化的な最低限度の生活」とは思えないからです。これは地方自治の問題である以前に、憲法に定められた日本国民の権利だと私たちは考えます。

基本的人権や健康で文化的最低限度の生活の中に、人間らしくプライバシーを保って眠ったり、排泄したりすることも当然含まれます。堂々といびきをかくいびき権、堂々としかしプライバシーを保って排泄する排泄権、人知れずおならを放つおなら権、みんな私たちが生きものである限り自然の営みであり、人間である限り尊厳を持ってこれらの行為を営めるよう保障されるべきものと考えます。

このような人間の尊厳を押しつぶすような雑居部屋は、あえて言えば日本国憲法違反ではないでしょうか。

人生の最後の季節を人間として最低限の尊厳と文化的生活が保障されるよう、雑居部屋に反対し 個室化をすすめる運動を皆様とごいっしょにすすめたいと存じます。

高齢者ケアの後退をもたらす 「雑居部屋特養」の新設を許さない緊急集会アピール

「長生きするものだねえ～。4人部屋のときは、つらくて早くお迎えが来てほしかった。長生きしていることが恨めしかった。でも、今は、一人部屋で朝、ラジオも気兼ねしないで聴けるし、好きなことができる。4人部屋のままで死んでしまった人は、惜しかったねえ」

介護保険法は、第一条で「要介護者の尊厳の保持」を規定しています。この条文にてらすと、要介護者はどのような状況にあっても、人としての尊厳の原則にそってあらゆる介護サービスが提供されるべきです。

心身が虚弱な高齢者が長い年月暮らす場として相部屋はふさわしくないこと、とりわけ認知症になった高齢者には過酷な環境であることが1990年代に入り明らかになりました。国は、介護保険制度の理念にもとづき、2002年、「個室ユニットケア」を制度化し、特養の新設はこれに限定するという方針を貫いてきました。将来的には個室ユニット特養の割合を7割にまであげるといふ政策方針をたてました。このことは、「全室個室ユニット特養」が標準であり、その根拠は「高齢者の尊厳の保持」を規定した介護保険法にあるという解釈で一貫したものでした。

ところが、昨年来、いくつかの地方自治体から、個室と雑居部屋を混在させた特養の新設を認め、ユニット部分にユニット型の介護報酬を適用するよう、厚生労働省に対する要望が相次いでいます。理由として「個室ユニット型は居住費・食費などの自己負担が重く、低所得高齢者等の利用が困難だから多床室が必要である」ということが挙げられています。

「低所得者には低所得者向け雑居部屋でよいのだ」というダブルスタンダードが、地方分権の名のもとに行われることを見過ごすことはできません。低所得者に低所得者独特の低位の基準をあてはめるのは、19世紀に猛威をふるった救貧思想の再現にほかなりません。一部の自治体の都合で時計の針を逆行させることは許されません。

高齢者や障害者が日常生活を送る場が、プライバシーが守られるよう個室が基本であるべきことは、個人を尊重する憲法を持つ国として当然です。生活施設の居室が「1人」か「2人以上」かは、単なる人数の違いではなく、もっと本質的な違いなのです。

特養をはじめとする高齢者介護施設は単なる箱ではありません。高齢者の尊厳と自立を支援するための場です。施設水準が低下するとすれば、高齢者介護に携わる介護従事者のモラルを低めることにもつながることは各種の高齢者現場の調査をみても明らかです。

「地域主権一括法」では、特養の居室定員は自治体が条例で定めることができるものとされ、国の示した基準は単なる「参酌標準」の扱いになろうとしています。これはきわめて危険です。

私たちは、介護保険法で規定されている「個人の尊厳」を脅かし、「負の遺産」を残すことになる昨今の動向に強い危機感を抱きました。今こそ市民と現場から声を上げなければという思いで、本日の緊急集会を開催しました。国や自治体は、特養の全室個室ユニット化の流れを後戻りさせないため、以下の措置を講ずるべきです。

■国がなすべきこと■

- 通常国会で継続審議になった地域主権一括法で「参酌すべき基準」となっている特養の「居室定員」を「従うべき基準」と修正し、全室個室ユニットを特養のナショナルミニマムとして再確認すべきである。
- 現在の省令・通知では、「2003年以前に設置された一部ユニット特養」にのみユニット部分の報酬上乘せが認められている。これに対して、いくつかの地方自治体が、「今後建設する一部ユニット型特養」にも、ユニット部分の報酬を認めるよう国に要請している。これは「負の遺産」を30年にわたって残すものであり断じて認められない。現行の取扱を堅持すべきである。また、いくつかの自治体が、一部ユニット型特養に、誤って個室ユニット報酬を支給していたが、これは明らかに法令違反であり、報酬が返還されなければ介護保険制度の根幹が揺らぐ。厚労省は、一部の自治体に対し報酬の返還をするよう求めるべきである。
- 個室ユニットの特養に入居する際に、その居住費等自己負担額の高さが問題となっているが、補足給付のあり方を再検討し、横浜市が実施しているような、居住費への公費補助の新設など、低所得者も個室ユニット特養に入居できるような制度改革を検討すべきである。

■都道府県がなすべきこと■

- 都道府県は、低所得者でも個室ユニット型特養に入居できるよう、独自の施策を検討するとともに、国に対し、制度改革を要請すべきである。

■国と地方自治体が協働してなすべきこと■

- 特養待機者の問題は、雑居特養の増設では解消できない。国と地方自治体は、要介護者ができるだけ自宅で暮らすことができるよう、在宅福祉、医療資源の拡充に努めるとともに、要介護者が介護サービスを利用しながら安心して暮らすことができる高齢者住宅の整備を促進するための施策を積極的に進めるべきである

2010年6月27日

特養をよくする特養の会

特養ホームを良くする市民の会

「雑居部屋特養」の新設を許さない緊急集会 参加者一同